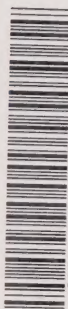


CA 1
XC 24
-2008
R21



HOUSE OF COMMONS
CANADA



3 1761 11972163 7

RESETTING THE BAR FOR VETERANS HEALTH CARE: VETERANS INDEPENDENCE PROGRAM AND VETERANS HEALTH CARE REVIEW

Report of the Standing Committee on Veterans Affairs

**Rob Anders, MP
Chair**

May 2008

39th PARLIAMENT, 2nd SESSION



The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: <http://www.parl.gc.ca>

Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9

**RESETTING THE BAR FOR VETERANS HEALTH
CARE: VETERANS INDEPENDENCE PROGRAM
AND VETERANS HEALTH CARE REVIEW**

**Report of the Standing Committee on
Veterans Affairs**

**Rob Anders, MP
Chair**



May 2008

39th PARLIAMENT, 2nd SESSION

STANDING COMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

CHAIR

Rob Anders

VICE-CHAIRS

Brent St. Denis

Peter Stoffer

MEMBERS

Ron Cannan

Hon. Albina Guarnieri

Gilles-A. Perron

Bev Shipley

Roger Valley

Roger Gaudet

Betty Hinton

Todd Norman Russell

David Sweet

OTHER MEMBERS OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED

John Cummins

Ken Epp

Jean-Yves Roy

Rodger Cuzner

Christian Ouellet

Lui Temelkowski

CLERKS OF THE COMMITTEE

Erica Pereira

Alexandre Roger

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Michel Rossignol

THE STANDING COMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS


has the honour to present its

FIRST REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied Veterans Independence Program and Veterans Health Care Review and has agreed to report the following:

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
VETERANS INDEPENDENCE PROGRAM.....	2
A. A Model for Home Care.....	2
B. VIP Benefits for Widows and Caregivers.....	4
C. The Complexity of Eligibility to VIP	5
REPORT OF THE GERONTOLOGICAL ADVISORY COUNCIL.....	6
FUTURE VETERANS, NEW VETERANS, AND THEIR FAMILIES	11
CONCLUSION	19
LIST OF RECOMMENDATIONS	20
APPENDIX A: LIST OF WITNESSES, 39TH PARLIAMENT, 2ND SESSION.....	25
APPENDIX B: LIST OF WITNESSES, 39TH PARLIAMENT, 1ST SESSION	29
APPENDIX C: LIST OF BRIEFS, 39TH PARLIAMENT, 2ND SESSION.....	31
APPENDIX D: LIST OF BRIEFS, 39TH PARLIAMENT, 1ST SESSION	33
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	35
MINUTES OF PROCEEDINGS.....	37



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119721637>

RESETTING THE BAR FOR VETERANS HEALTH CARE: THE VETERANS INDEPENDENCE PROGRAM AND THE VETERANS HEALTH CARE REVIEW

INTRODUCTION

The time has come to reset the bar for veterans health care even higher. This can be done by redesigning the health care programs and services provided by the Department of Veterans Affairs to surviving war service veterans and by making more of these veterans eligible to receive such care. In the process, the redesign can pave the way for better health care for young veterans of peacekeeping and other Canadian Forces operations, especially those dealing with psychological injuries. Various parliamentary reports have contributed to improvements in the health care provided to veterans. A major 1999 report by a Senate sub-committee, *Raising the Bar*, guided the Department of Veterans Affairs in its efforts to set a new standard in veterans health care.¹ A 2003 report by the House of Commons Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs examined the progress made and the issues still to be resolved.² There is now an opportunity to reset the bar even higher because the department has undertaken the Veterans Health Care Review.

The goal of the departmental review is to modernize the programs and services it provides for the long term care of Canada's war service veterans who served during the Second World War and the Korean War. While the department is focussing more and more on the needs of younger Canadian Forces veterans who served in peacekeeping and other operations since the 1950s, providing care and services to the now elderly war service veterans is still one of its major commitments. As the Committee noted in its June 2007 report on operational stress injuries, "Canada's pledge in the original Veterans Charter of 1944 to meet the health services needs of its war service veterans remains in place, but those needs have evolved with the advancing age of these veterans and the health services have to be updated to provide the most effective and timely services possible."³

With this in mind, the Standing Committee on Veterans Affairs continued during the second session of the 39th Parliament its Veterans Independence Program and the Veterans Health Care Review study undertaken during the previous session. The

1 Canada, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Subcommittee on Veterans Affairs, *Raising the Bar: Creating a New Standard In Veterans Health Care*, February 1999.

2 Canada, House of Commons, Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs, *Honouring the Pledge: Ensuring Quality Long-term Care For Veterans*, June 2003.

3 Canada, House of Commons, Standing Committee on Veterans Affairs, *Support for Veterans and Other Victims of Post Traumatic Stress Disorder and Other Operational Stress Injuries*, June 2007, p. 1.

department's Veterans Independence Program (VIP) is inevitably a major element in any updating of the health care services provided to the war service veterans. As a result, the Committee examined the value of the VIP and its place within the spectrum of programs and services offered by the department as well as the implications of the Veterans Health Care Review. The VIP is also a major component of the changes proposed by the Gerontological Advisory Council, which advises the Department of Veterans Affairs on health issues, to update the existing system. The goal of this report is to recommend to the department that it should proceed with the proposed changes to the VIP so that the department can better serve veterans and their families.

VETERANS INDEPENDENCE PROGRAM

A. A Model for Home Care

To understand the need to proceed with the updating, it is necessary to examine the evolution of the VIP and how it can contribute to improvements in veterans health care. The VIP, called the Aging Veterans Program in its early days, was established in 1981 and as its name suggests, its main goal is to help ensure the independence of aging veterans so that they can live as long as they wish in their own homes and delay, if not avoid, becoming residents of long term care centres. Avoiding the costs associated with residential care as offered in long term care centres is a consideration. However, ensuring the independence of aging veterans is even more important because the longer they can avoid moving into such a centre, the longer they can stay at home and avoid the disruptions in family life and the often difficult adjustment to life in a health institution such a move implies. This is especially true for veterans living in small communities and rural areas outside major cities, where most of the veterans long term care centres are located, and who therefore may have to move away from their families and their communities. The move also has implications for family members who must travel sometimes long distances to visit veterans in long term care centres. In short, delaying a move to a veteran health care centre is advantageous for both the veteran and his or her family.

The grounds maintenance services such as grass cutting and snow removal are probably the best known elements of the VIP. For elderly persons, having access to grounds maintenance services can help ensure their ability to take care of their homes despite their frailty while avoiding the strains and risks associated with carrying out such tasks. However, the VIP is much more than that since the program has evolved a great deal over the years. In addition to grounds maintenance, the program offers personal care services, homemaking, access to nutrition services, health and diagnostic services, home adaptation (such as the construction of ramps for wheelchairs), nursing home care, and transportation and access to a broad range of treatment benefits. While the department can assist veterans or eligible caregivers in selecting the providers of the services they need, VIP clients can choose their own provider of services in certain categories, and thus play a role in maintaining their independence by managing their affairs.

An important development during the evolution of the VIP program into what it is today was the Overseas Veterans (OSV) At Home Pilot Project of 1999, which provided VIP home care services such as personal care and housekeeping as well as treatment benefits to veterans waiting for a bed to become available at the veterans long term care centres in Halifax, Nova Scotia, Ottawa, Ontario, and Victoria, British Columbia. There was concern in 1999 about the long period of time veterans in some communities across Canada had to wait before a space in a veterans long term care centre became available. By the time veterans requested access to a centre, the need for a transfer to such a facility was often pressing and any delay was troubling for veterans and their families. The pilot project provided care at home pending the availability of a place at a centre, thereby easing the concerns of veterans and families alike. In some cases, the veterans were so satisfied with the care they received at home, they expressed a preference to stay there, with the assistance provided by the VIP, even when the place requested at the care facility became available. In the process, the pilot project helped to demonstrate the costs savings of providing home care compared to the costs of care in a long term care facility and the popularity of such a service among veterans.

As officials from the Department of Veterans Affairs and health care experts knowledgeable about the VIP pointed out to the Committee, most of the home care services provided are supportive in nature and can be offered in many cases by persons other than nurses or other health care specialists.⁴ In other words, much of the home care provided does not add another burden on the health care system. Health specialists might be required to provide some treatment at home, but other services can be provided by other specialists. The success of the pilot project led to the expansion of the home care component of the VIP across Canada in 2001. The Continuing Care Research Project currently being carried out by the department is trying to determine the right mix of home care services.

However, despite the success of the project and subsequent research, home care for veterans cannot completely replace the care provided in the long term care facilities. At some point, many war service veterans with worsening health problems may require care which is more suitably provided in a long term care facility than at home. Furthermore, some veterans with a cognitive impairment such as dementia need care in specialized facilities such as the ones now available in major veterans health care centres. Home care has advantages both for the veterans and for the reduction in veterans health care costs, but this does not mean that it can completely replace the veterans health care centres and veterans contract beds in community care facilities. The key is to ensure flexibility in the system so that veterans can obtain care at home and maintain their independence for as long as possible and be able to gain access to a more costly long term care facility only when absolutely necessary.

B. VIP Benefits for Widows and Caregivers

Another important development in the evolution of the VIP was the extension from one year to a lifetime of the period during which surviving spouses or main caregivers of veterans who were receiving VIP benefits at the time of their death can continue to have access to similar benefits. The first major announcement concerning this issue was made on May 12, 2003 when the Minister of Veterans Affairs announced a number of new measures concerning veterans. At that time, the surviving spouse (or primary caregiver) of a veteran receiving VIP benefits was given lifetime VIP benefits, if the veteran died after May 2003. The required regulatory changes were made by an Order in Council in June 2003 amending the *Veterans Health Care Regulations* which outline the VIP eligibility criteria and related details.

The May 2003 announcement was welcomed by all veterans groups and others who had been calling for such action for many years, but they demanded the extension of lifetime benefits to a greater number of widows or caregivers of veterans. On October 10, 2003, the Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs tabled a report in the House of Commons which noted its adoption of a motion calling for lifetime VIP benefits for all qualified surviving spouses, not just those of veterans who died after May 2003. The House of Commons adopted a motion for concurrence with the report on October 29, 2003. Given the public's interest in the issue, the government decided to make more spouses or caregivers of veterans eligible for lifetime benefits. On November 6, 2003, the Minister of Veterans Affairs announced that spouses or caregivers of veterans who died after September 1, 1990 would now be eligible for lifetime benefits.

While welcoming this announcement, veterans groups and others questioned why such benefits were not available to widows and caregivers of veterans who died before September 1, 1990. On December 7, 2004, the Minister of Veterans Affairs announced that the spouses or primary caregivers of veterans who died after April 7, 1981 (and who were receiving VIP benefits at the time of their death or when they entered a long-term care facility) will now receive the VIP benefits for their lifetime. With this announcement and the additional amendments made to the *Veterans Health Care Regulations* in February 2005, another 4,000 spouses and caregivers became eligible for the lifetime benefits at that time. The first announcement made some 10,000 spouses and caregivers eligible, while the second made an additional 20,000 persons eligible.⁵

The April 1981 date is now used to determine eligibility because that is when the VIP program and its benefits were first established. Until recently, only the spouses and caregivers of veterans who 1) died after April 1981 and 2) were receiving VIP benefits before their death (or before their admission to a long-term care facility) were eligible to receive lifetime VIP benefits. On February 26, 2008, the Minister of Finance announced in

5 Department of Veterans Affairs, "More Veterans' Survivors to Receive Help at Home," News Release, November 6, 2003.

the Federal Budget for 2008 that the VIP benefits are now extended to the surviving spouses or caregivers of veterans who were eligible to receive the VIP benefits but who were not in receipt of them at the time of their death. The survivors must, among other things, receive the Guaranteed Income Supplement under the *Old Age Security Act* or be approved for the Disability Tax Credit in order to qualify for the VIP benefits. With this extension, up to 12,000 more surviving spouses and caregivers may be eligible to receive VIP benefits. However, while the extension of the VIP benefits to more surviving spouses or caregivers is welcomed, the fact remains that the lifetime VIP benefits are limited to those concerning housekeeping and grounds maintenance services.⁶ Furthermore, to obtain the benefits, the spouse or primary caregiver must need the VIP housekeeping and/or grounds maintenance services for health reasons and to remain independent at home.

C. The Complexity of Eligibility to VIP

In general, if veterans received or are receiving disability benefits from the Department of Veterans Affairs, they were or are eligible for VIP benefits and their spouses or primary caregivers can receive the VIP benefits for life.⁷ However, only about 92,000 or 40% of the total number of Canada's war service veterans, who numbered approximately 234,000 in 2006, received disability or other benefits from the Department of Veterans Affairs. In 2005-2006, 97,568 veterans and survivors received VIP benefits, an increase of over twenty thousand compared to 2003-2004. Among the 69,786 veterans receiving VIP benefits in 2004-2005, 61,977 were war service Veterans.⁸ Many veterans are receiving services from more than one Veterans Affairs program so many of those receiving VIP also have access to treatment benefits. In total, 101,267 Canadian Veterans and primary caregivers were receiving various services under the VIP at the end of March 2007, but this included Canadian Forces and other veterans as well as caregivers and war service veterans.⁹ It also represents only a portion of the total number of clients of the department.

6 If the veteran had access to only one of these two VIP services, the surviving spouse or caregiver has access only to that service for a lifetime. See the Department of Veterans Affairs booklet *Veterans Independence Program*.

7 There are exceptions. For example, an overseas service veteran who is not getting a disability pension, but is staying at home while on the waitlist for a veterans priority access bed at a long-term care facility, can receive VIP benefits. For the eligibility of veterans for VIP benefits, see Department of Veterans Affairs, *Veterans Independence Program* (<http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=services/vip>).

8 Information on the number of veterans and survivors or caregivers receiving VIP between 2003-2004 and 2007-2008 was provided by the Department of Veterans Affairs. According to the Part III-Report on Plans and Priorities of the 2008-2009 Estimates for the Department of Veterans Affairs (page 20), the number of individuals who will receive VIP benefits in 2008-2009 is expected to be 105,000. About 55% of these individuals will be war service veterans while 16% will be survivors or caregivers.

9 See the information concerning the VIP in Canada, Estimates, Performance Report for the Period Ending March 31, 2007, Veterans Affairs Canada.

One reason for the relatively low number of persons having access to the VIP is the complexity of determining eligibility. To be eligible for VIP, the veterans must fit into at least one of a half dozen categories.¹⁰ As a result, there can be a whole series of reasons why a spouse or primary caregiver of a veteran who has passed away is not eligible to receive VIP benefits. For example, it could be because the veteran in question never received the VIP benefits, was not eligible to receive them, did not receive a disability pension and was not otherwise eligible for VIP, or died before the VIP program was established or before actually starting to receive benefits after the application was approved. This large number of possibilities reflects the complexity of the eligibility criteria, and the application process for VIP services is just as complicated. Concerns have been raised about the eligibility for VIP benefits based on income levels and the detailed forms that have to be filled in for VIP benefits as well as for other veterans benefits. For elderly War service veterans, it can be quite a burden to complete such application forms. Even more disturbing for the Committee is the fact that, as stated by officials from the department and veterans groups, eligibility for VIP is such a complex process that even departmental officials sometimes have difficulty determining if a veteran or the spouse or caregiver of a veteran can have access to VIP.¹¹ Furthermore, since eligibility to VIP depends on eligibility to disability benefits, many elderly veterans who need home care cannot have access to VIP because they do not get disability benefits.

REPORT OF THE GERONTOLOGICAL ADVISORY COUNCIL

The complexity of eligibility to veterans disability benefits in general, and to VIP benefits in particular, was a major reason why the department has undertaken the Veterans Health Care Review. The review has benefited from the advice provided by the Gerontological Advisory Council (GAC), which is a group composed of fifteen eminent experts on health care, aging, veterans, and related issues. It has provided advice and guidance to the Department of Veterans Affairs on developing trends in health care for many years. The Council also includes representatives of some veterans organizations. The focus of the GAC's report, as is the case for the departmental health care review, is mainly on the health care needs of the elderly war service veterans who served during the Second World War and the Korean War.

10 For example, one of the categories includes "Disability benefit recipients who have multiple health conditions, which, when combined with their VAC entitled condition places them at risk." See Canada, Department of Veterans Affairs, *A Guide to Access VAC Health Benefits and the Veterans Independence Program*, April 2006.

11 For example, during the 8 May 2007 meeting, Darragh Mogan, Executive Director, Service and Program Modernization Task Force, Department of Veterans Affairs, stated: "We have a very complex eligibility system. After 60 years of adding patchwoks, it's very difficult for people to navigate through it, even our own staff." Canada, House of Commons, Standing Committee on Veterans Affairs, Evidence, May 8, 2007, p. 6 (pdf version).

The November 2006 report of the GAC, *Keeping the Promise: The Future of Health Benefits for Canada's War Veterans*, identifies the strengths and weaknesses of the department's health care programs and recommends new measures. The report identifies as strengths the recognition of the need to help war service veterans maintain their independence (the Veterans Independence Program (VIP) being the best example); the ability of the department to adapt its programs to meet the changing needs and preferences of the veterans; and the personal relationship developed between the veterans and departmental area counsellors. The weaknesses include the complex eligibility criteria for access to departmental health programs; the reactive rather than proactive nature of the programs (they are available after veterans suffer some loss in functional ability); limited housing needs (some veterans have to go to a long term care facility when another type of facility would be more suitable); and the lack of help to promote the health of veterans, to navigate the health and social services, and obtain the services they need.

The GAC report recommends a "bold" new approach to health programs and services: the Veterans Integrated Services (VIS), a system which would combine the three existing programs (the health benefits program, the VIP, and the residential care programs). While designed to meet the needs of the war service veterans, the GAC suggests that this could provide a model to meet the needs of all aging veterans if not all aging Canadians. The new VIS approach would be more comprehensive, flexible and responsive than the department's current programs; would reach more veterans and their families; would enhance the health and well-being of the veterans; and would give them access, when they need it, to more appropriate health and social services.

All war service veterans and their families would have access to the VIS, but the services provided would be based on their health needs rather than on their veteran status. The components of the VIS include a single entry point for all departmental services; screening and assessment to determine the needs of veterans and their families; a departmental interdisciplinary team; innovative service delivery models including home support; flexibility in moving resources; and outreach to veterans through veterans groups. While the focus of the GAC's report was on the health needs of war service veterans, it also highlighted the fact that the proposed new approach provides "a model of care for all current and future Canadian Forces veterans."¹² The New Veterans Charter changed the way the younger Canadian Forces veterans can have access to rehabilitation and other programs. In the past, little could be done to help injured veterans who had recently left the military until decisions were taken concerning their disability benefits. With the New Veterans Charter, assistance can be provided even while the veteran is waiting for the processing of applications for disability benefits. A similar approach will have to be considered to meet the health care needs of Canadian Forces veterans, such as those who have served in operations in Afghanistan and have suffered injuries including operational stress injuries such as post traumatic stress disorder (PTSD).

12 See *Keeping the Promise*, p. 2.

However, any changes in the health care provided to Canadian Forces veterans will depend on the successful updating of the veterans health care system providing care and services to Canada's war service veterans. Furthermore, this updating will have to be done not only successfully and effectively, but also quickly. In its report, the Gerontological Advisory Council urged the department to take action quickly. It added: "Like all older Canadians, our war veterans are coping with the effects of aging. Unlike other Canadians, they are also coping with the long-term effects of military service. There is a small window of opportunity to make a real difference in the quality of their lives."¹³ The Council also stated: "It is time to keep the promise." The Committee agrees entirely with the Council's call for quick action. It also believes that quick implementation of the changes proposed in the Council's November 2006 report is the best way to ensure that the Veterans Health Care Review undertaken by the Department of Veterans Affairs will develop the quality health care programs and services all war service veterans deserve.

The Committee's agreement with the course chartered by the Gerontological Advisory Council is based on the widespread support for its recommendations expressed by the health experts and representatives of veterans groups who appeared as witnesses. For example, representatives from the Canadian Centre for Activity and Aging, the Canadian National Institute for the Blind (CNIB), and the National Initiative for the Care of the Elderly (NICE) welcomed the Council's emphasis on providing services based on the actual needs of the veterans rather than on their veterans status. There was also strong support, notably from the CNIB, for the role of the high needs care manager in the interdisciplinary team, an important element of the VIS approach recommended by the Council's report. Furthermore, while recognizing the leadership role played by the VIP in providing home care to veterans, many witnesses welcomed the innovative models of service delivery proposed by the Council which include intensive home support.

Given Canada's aging population, concerns are often raised about the affordability of providing home support, whether to veterans or other elderly Canadians. However, innovative models of service delivery such as intensive home support should be viewed as preventive services. For example, Mrs. Gloria Gutman, Professor Emerita at the Department of Gerontology at Simon Fraser University, told the Committee: "I would argue that we cannot afford not to provide prevention, because if people are needing those kinds of services and they can't get them, then they will end up occupying much more expensive services at a premature time in their lives."¹⁴ The prevention of falls is another example of measures which can help to avoid more costly care in the future while maintaining the quality of life of the elderly. The successful prevention of falls helps persons avoid long stays in hospital and the rehabilitation process, not to mention the loss of some mobility which may result from injuries such as a broken hip. The research projects on fall prevention supported by the Department of Veterans Affairs in cooperation with the Department of Health between 2000 and 2004 was beneficial to all elderly Canadians, not

13 Ibid.

14 Canada, House of Commons, Standing Committee on Veterans Affairs, *Evidence*, March 4, 2008, p. 4 (pdf version). In the rest of this report, references to testimony are indicated by the term "Evidence".

just to veterans. Among other things, they identified measures elderly and frail seniors can take to avoid falls and the help they can get, such as assistive devices, to deal with the consequences of falls if they are the victims of such accidents.¹⁵

The value of prevention has also been recognized by federal and provincial health officials with regard to health promotion for all elderly Canadians. Mr. Claude Rocan, Director General, Centre for Health Promotion, Public Health Agency of Canada, pointed out that up to 70% of cancers, 90% of type 2 diabetes, and 50% to 70% of strokes are preventable. Encouraging the elderly to lead active and healthy lifestyles can help them avoid many illnesses and delay if not prevent a move to a long-term health care facility. As Mr. Rocan stated, “later-life introduction of regular physical activity can extend years of life and years of independent living and can improve the quality of life of older people.”¹⁶ The emphasis on health promotion in the Council’s report reflects the approach adopted by health care authorities in the face of Canada’s aging population, but it also points out to the Department of Veterans Affairs that, in keeping with this trend, it must be more proactive rather than reactive in meeting the health needs of veterans. As noted by, among others, Ronald Griffis, the National President of the Canadian Association of Veterans in United Nations Peacekeeping, the department has often demonstrated the ability to react quickly and fix a problem faced by a veteran seeking access to needed care, but it does so basically when an issue has been brought to its attention.¹⁷ However, the department must be more proactive in, as the Council stated, “promoting the health, well-being, and independence for all veterans in later life.” It should also pay attention to, among other things, the specific health issues of Aboriginal veterans in its health promotion programs. In the process, it should reach out to all surviving war service veterans who need assistance, not just to those who are already its clients. It should also be remembered that the younger Canadian Forces veterans are also aging and will certainly benefit in the years to come from a more proactive departmental approach in the promotion of health, well-being, and independence.

The need for the department to reach out to all war service veterans requiring services, not just to those who are already clients of its programs, was highlighted by two recurring themes during the testimony heard by the Committee. The first theme is the lack of awareness among some veterans about all of the services and benefits available to them, despite the efforts made over the years to provide information. In his testimony, Mr. Griffis noted the case of a 71 year old veteran in declining health who was unaware of the benefits available to him. Another case was highlighted by Mrs. Clara Fitzgerald, Program Director of the Canadian Centre for Activity and Aging, who mentioned the case of one veteran she helped who was not aware of funding available through the VIP for health promotion services. She also noted the experiences of three veterans who, as she described it, “didn’t know what they didn’t know” about the veterans programs and benefits

15 For more information on the Falls Prevention Initiative see the website of the Department of Veterans Affairs at <http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=health>.

16 *Evidence*, January 31, 2008.

17 *Evidence*, December 13, 2007.

available to them.¹⁸ The department has made many efforts over the years to inform veterans about the programs and services available to them, but much more obviously has to be done. These efforts should not be focused only on veterans because the physicians, psychologists, occupational therapists, and other professionals who provide care to veterans need to know about available programs and services so that they can help their patients as much as possible. Indeed, the families of veterans, especially the elderly ones, also need to be more aware of the programs and services that are available. In reaching out to all veterans and their families in remote areas, the department should also notably pay attention to the needs of Canadian Aboriginal veterans.

In fact, the second recurring theme concerns access to programs and services for all veterans in small communities and rural areas far from major cities. Dr. Norah Keating, a member of the Advisory Council who is a specialist in long-term care and mental health, told the Committee: "Supporting people in later life is not just about addressing physical frailty or providing a pension; it's about helping them to age well in the place where they live."¹⁹ Helping people to age well is one thing, but giving them access as much as possible to the programs and services they need where they live is a challenge when the veterans live far from major cities. According to Dr. Keating, it is recognized that in the general population, frail older adults living in rural areas of Canada end up in nursing homes sooner than those in major cities.²⁰ Moving to a nursing home sooner has implications in terms of health care costs, but it can also have a major impact on the quality of life of the individuals. Many veterans prefer to delay a move to a long-term care centre because such a transition can be a depressing process. For someone from a rural area, the problems associated with making such an adjustment are exacerbated by the move to the unfamiliar environment of a major city, where most veterans long-term care centres are located, which can be very far from the rural community they have known for most of their lives and from their families and friends. During the study, the Committee heard about situations where veterans from rural areas moved with great reluctance to health facilities in major cities or refused to make such a move despite the consequences for their health.

There will hopefully be more research into ways of improving access to health care for people living in areas far from major urban centres, including young as well as elderly veterans. Professor Emerita Gloria Gutman noted the many possibilities offered by new technologies to provide health care information to individuals in remote areas, but indicated that much work remains to be done to provide systems at a price affordable to most people. In the meantime, more effort will have to be made through more traditional means to reach out to veterans in small communities and isolated areas to assist them in finding the care and support they need. Regional branches of the Royal Canadian Legion and other veterans groups can be contact points where veterans outside major cities can obtain information on local resources available in their regions. The Legion branches and other

18 *Evidence*, January 29, 2008, p. 4.

19 *Evidence*, May 10, 2007, p. 1.

20 *Ibid.*, p. 3.

veterans groups already play a role in promoting the independence and dignity of older adults including veterans. However, their resources are limited and their presence in small communities and rural areas may vary from one region of the country to another. In reaching out to veterans, especially those living outside of the major cities, the Department of Veterans Affairs could explore new ways to cooperate with the Legion and other veterans groups which will help it attain its goals.

Increased awareness about veterans programs and services and access to these and health programs and services in small communities and rural areas are issues of concern not only to war service veterans and their families, but also to younger Canadian Forces veterans and their families. Many veterans of peacekeeping and other operations have or will soon become senior citizens and the improvements in programs and services advocated by the report of the Gerontological Advisory Council will be of great value to them as well as to the war service veterans. Promoting the health and well-being of all Canadian Forces veterans has all the same benefits as those identified by the Council with regard to war service veterans. Indeed, the Department of Veterans Affairs should be more proactive in its approach to the health care needs of all veterans, young and old, and their families.

FUTURE VETERANS, NEW VETERANS, AND THEIR FAMILIES

While examining health care issues of direct interest to veterans, young and old, the Committee also paid attention to matters pertaining to Canada's future veterans, individuals currently serving with the Canadian Forces who will become veterans upon leaving the military. Many of these individuals will be seeking access to the benefits and services provided by the Department of Veterans Affairs in the near future either because of injury or a decision to return to civilian life. Thus, it is important to anticipate what will be the demands put upon the disability benefits and health care programs and services provided by Veterans Affairs to Canada's future veterans at a time when those programs and services will still be trying to meet the demands of an aging population of Canadian Forces and surviving war service veterans. As a result, within the context of its study of the Veterans Health Care Review, the Committee also examined issues which are more within the purview of the Canadian Forces and the Department of National Defence than that of the Department of Veterans Affairs. However, there are situations, notably during the transition period when personnel are in the process of leaving the Forces to become veterans, where individuals are dealing with the two departments. Besides, the Committee has already examined issues of concern to both departments in its report on operational stress injuries including post-traumatic stress disorder (PTSD) tabled in June 2007 and wanted to continue to monitor some of the problems identified in the earlier report.

Thus, in the first half of 2008, the Committee visited a number of Canadian Forces bases to gain an insight into the support programs available to members of the military and their families. Visits were made to air force bases (Comox, British Columbia; Cold Lake, Alberta; Shearwater, Nova Scotia; and, Goose Bay, Newfoundland and Labrador) in February 2008 and to army bases in Petawawa, Ontario, and Valcartier in the province of

Quebec in April. The Committee greatly appreciates the briefings provided by military personnel and representatives from the Military Family Resource Centres (MFRCs), the Operational Stress Injury Social Support (OSISS) network, the Department of National Defence, and the Department of Veterans Affairs as well as by all other individuals who participated. While units from Petawawa and Valcartier have contributed large numbers of personnel to the recent rotations of troops deployed to Afghanistan, some personnel from the other bases have also been involved in operations in Afghanistan and elsewhere. The experiences of these various bases and the lessons they learned helped to provide the Committee with a better picture of how the Canadian Forces support its personnel and their families, and of how the Department of Veterans Affairs assists individuals when they leave the Forces and become veterans. The support provided by the Department of Veterans Affairs includes the network of five Operational Stress Injury Clinics across Canada to which five new clinics are being added in keeping with the announcement made in the 2007 Federal Budget. The first of the five new clinics opened in Fredericton on May 23, 2008. The Minister of Veterans Affairs announced in April and May 2008 that agreements have been concluded with provincial health authorities to establish new clinics in Vancouver, Edmonton, and Ottawa. These three new clinics are expected to open by December 2008. An announcement concerning the site of the fifth new clinic was expected in the near future. On May 6, 2008, the Minister of Veterans Affairs also announced the hiring of an additional eight family peer-support coordinators for the OSISS network.

The information gathered during these base visits have underlined the importance of the support programs helping military families deal with the pressures associated with the increased tempo of Canadian Forces operations in recent years. Life in the military can be difficult for families because of frequent moves and the resulting changes in schools for the children and in health care services. When one of the parents is deployed overseas for six months, the family faces an even more stressful situation. Thus, the support provided during deployments by the base's administration, the units, the padre, and the local MFRC is crucial in helping a military family cope with the long absence of one of its members and in some circumstances, with the death or injury of that member. A key element of this support is the network of MFRCs across Canada and in some locations overseas. Each military base has a MFRC, a non-profit corporation administered by a board of directors which includes an important representation of spouses of military personnel. The MFRC offers a wide selection of services ranging from help for spouses trying to find employment to day care programs for the children thanks to the efforts of employees and volunteers. On some bases, the MFRCs have started their own clinics because some military families, like many other Canadians, are having considerable difficulty finding a family physician. Since the 1990s, there have been many efforts to increase the support provided through the MFRCs to military families, a measure strongly supported by the 1998 report of the Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs (SCONDVA) on Quality of Life in the Forces. However, there is still room for improvement in the support provided to families by the MFRC, the military in general, and the Department of Veterans Affairs.

One of the issues raised during the Committee's visit to the bases is the fact that an MFRC is often faced with a situation where it is more reactive than proactive since the onus is on the family to seek help when the need arises. The MFRC is not always aware of which Forces member on a base has been deployed and thus cannot always reach out to these families to alert them about the resources available should they need assistance. When large numbers of personnel on a base are deployed, the MFRC is naturally aware that many families might call upon its resources. However, in other cases, only a few Forces members from a base might be deployed, and the centre might not be aware of their departure and the need to assist their families until an emergency occurs. The challenge facing the MFRC in reaching out to the families of deployed personnel is a significant one because many of the families live in the community outside of the base. Even if the families are more aware of the services offered, they might not be able to participate in, for example, information sessions because they live some distance from the base. While there is still work to be done to make families better aware of the resources available to them from the MFRC during deployments overseas, there is also a need to better coordinate the efforts of the centre's staff and the base's leadership (base commander and other senior officers). For example, the availability of support services is especially important for families of personnel who are injured or killed during a deployment. The MFRCs have resources to help families cope with the stress of the situation or can refer them to the appropriate military or civilian services, but it was noted that the assisting officer, the officer on a base assigned to assist families when deployed personnel are injured or killed, does not necessarily know about all of these resources. There should be better coordination between all the sources of support available on a base to ensure that families can obtain all the help available to them quickly and without duplication of efforts when they are dealing with a traumatic event.

Support for the family, especially during and after overseas deployments, is also an important element in helping Regular Force and Reserve Force members of the Forces deal with operational stress injuries. As pointed out by Ms. Colleen Calvert, the Executive Director of the Halifax and region MFRC, a member of the Forces on a deployment cannot concentrate on the job at hand while worrying about the family back home and whether or not it is getting the support it needs.²¹ The mere existence of the MFRC can reassure members of the Forces. However, the MFRC is only one of the elements of the process put into place by the Canadian Forces to help personnel better cope if they are dealing with stress-related injuries. As indicated in the Committee's June 2007 report, the military has developed programs to prepare personnel for the rigours and dangers of an overseas deployment, although there is room for improvement especially in making personnel more aware of operational stress injuries and how to deal with them. The Committee was very interested in the program developed by the 5th Canadian Mechanized Brigade Group (5 CMBG) at Valcartier to prepare its personnel for the deployment in Afghanistan which began in the summer of 2007 and ended between February and May 2008. The Committee hopes that the lessons learned with the program to increase resiliency in stressful situations (*programme d'entraînement à la résilience militaire* (PERM)) will assist

other Forces units preparing for deployments. As discussed in the 2007 report, the Canadian Forces have also developed a gradual process to help its personnel adjust to life back home in Canada after months in an overseas theatre of operations. The process includes a third location-decompression period of about five days usually spent in Cyprus as well as a gradual reintegration into life back at the base, which consists of a few half days of work on the base before a long period of post-deployment leave. The purpose of this gradual process is to ensure, among other things, a smoother reintegration of the Forces member with his or her family. This gradual reintegration process, the information briefings on stress-related injuries provided by the military to its deployed personnel, the briefings provided by the MFRC and others to the families, and the monitoring done by mental health professionals do not guarantee that such injuries will be avoided. However, the process can place Forces members and their families in a better position to identify the symptoms of operational stress injuries and to deal with their implications.

Indeed, the fact that a member of the Forces is dealing with an operational stress injury can have a significant impact on the well-being of his or her family. This impact can be minimized if the family is well prepared to identify the signs indicating that the spouse and parent who just returned from overseas is dealing with such an injury. A well-prepared family will have a better chance of providing the individual with the support required to overcome the misunderstandings and substance abuse which often accompany such an injury. However, whether or not an individual returning from overseas is dealing with a stress-related injury, the reintegration with the family after a long absence can be a difficult process, and some other members of the family may need access to mental health services to deal with the situation. The long absence of a parent can be especially difficult for children and a troubled reintegration of the parent with the family after a deployment may create more challenges. This is why the Committee has been particularly concerned with the support available to help children of military personnel during and after a deployment.

The well-being of military families is important because if a member of the Forces suffers a physical or psychological injury, the support provided by the family members is crucial to the ability of that individual to recover from the injury. The continued support of the family is also crucial when an injured member of the Forces leaves the military and becomes a veteran. However, the fact remains that an injury can have a significant impact on the well-being of the family, especially when the injured individuals are left with a high level of disability and must leave their careers in the Forces many years earlier than they anticipated. A recent research report by Dr. Norah Keating, a member of the Gerontological Advisory Council, and by other researchers at the University of Alberta, *Wounded Veterans, Wounded Families*, underlined this fact. The survey of a number of veterans between the ages of 25 and 65 with high levels of disability found that, among other things, the "Families of these younger, high-needs Veterans are at substantially higher risk of poor financial, social and health outcomes than any other group of caregivers

examined to date.”²² Given the young age of some of these veterans, the families will have to cope for 20 or more years with the financial and emotional stresses of caring for individuals with high levels of disabilities. Some of these veterans may also be dealing with psychological conditions as well as with physical disabilities. Even if individuals leave the Forces because of less severe injuries or for other reasons, the transition from the military to life as a veteran can be difficult for the individuals and their families. This transition should be as smooth as possible so that persons leaving the Forces have no difficulty getting access to the disability benefits and services provided by the New Veterans Charter when they need them.

Based on the information the Committee obtained from some witnesses and during briefings held on the bases and elsewhere, it is clear that the transition from the military to civilian life has not been that smooth for a number of veterans. To obtain benefits for disabilities due to injuries associated with military service, veterans have to make applications and, if necessary, go through the appeal procedures. Medical records are a key element of the application and appeal process, but there are often delays in obtaining them and disputes on their interpretation. This issue straddles two departments, National Defence and Veterans Affairs. The medical records kept by military health professionals when an individual serves in the Canadian Forces document, in most cases, the injuries suffered during service. When the individual leaves the military and becomes a veteran, they become the evidence on which the Department of Veterans Affairs and, for appeals, the Veterans Review and Appeal Board (VRAB), base their decisions. As was noted in the October 2007 report of the Auditor General on military health care, there were problems associated with the military health services in the late 1990s, including deficiencies in the management of health records. Measures have been taken since then to improve the military’s health records system while other steps were taken in light of the Quality of Life initiative to improve the transition process when someone leaves the Forces, especially if the person has suffered a physical or psychological injury. One of these steps was the establishment in 1999 of the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada Centre for the Support of Injured Members, Veterans, and their Families, known simply as The Centre.

The Centre is an inter-departmental initiative designed to provide a one stop source of information and support for military personnel (Regular Force and Reserves) who are injured and for individuals who are medically released from the Forces. The Centre also provides support to the families of persons who are injured and those who leave the Forces. The headquarters of the Centre are located in Ottawa and over the last decade, services have been provided throughout Canada from this location. However, in recent months, the Centre has opened detachments on the bases to better respond to the needs of injured personnel and their families. These detachments of the Centre have developed a strong partnership with the various elements involved in supporting the injured. On the

22 Janet Fast, Norah Keating, Alison Yacyshyn, *Wounded Veterans, Wounded Families*, Hidden Costs-Invisible Contributions research program, Department of Human Ecology, University of Alberta, February 2008, p. 1. The report is available from the research program website: <http://www.ales2.ualberta.ca/hecol/hcic/>.

military side, this includes cooperation with the chain of command, the Canadian Forces Health Services, the MFRC, and the Chaplains while in the community the partners include the regional Veterans Affairs Canada office, the Royal Canadian Legion, and the OSISS peer support network. In the detachments, military personnel, veterans, and their families will find representatives from the various sections of the Canadian Forces involved in personnel issues as well as from the Department of Veterans Affairs. The Committee welcomes this initiative to establish detachments of the Centre on the bases and the close cooperation between the two departments in efforts to ensure a seamless transition for releasing personnel.

However, despite these efforts, a number of veterans have not experienced a smooth transition. Briefings during the Committee's visit to Petawawa and Valcartier highlighted a number of issues. There still appears to be a number of problems with regard to the sharing of information between the two departments and while measures have been taken by the Department of National Defence to provide medical reports electronically and quickly, it will still take a few years to fix these problems. Meanwhile, it may still take months and even years to complete the full transfer of medical documentation from National Defence to Veterans Affairs, a situation which is unacceptable. Questions have also been raised concerning the need to fill in applications for benefits from Veterans Affairs when individuals have been serving in the military for years and their injuries have been documented.

It has been suggested that Veterans Affairs Canada should consider using the same identification number in its files as the one used by the military. The transition period from military life to veteran status might be smoother if the two departments standardized the system to identify serving individuals so that file transfers could be done in a seamless fashion. Individuals joining the Canadian Forces, if they consent, could be automatically registered upon enlistment in the records of both departments. If a member of the Forces is seriously injured, Veterans Affairs could be quickly notified and use information in its databanks to prepare for the release of the individual from the military. Injured individuals may require services including those provided by the VIP in short order, but face delays while waiting for the approval process to be completed. Despite the efforts made over the last decade, there are still occasions where there is a gap between the period where individuals leave the Forces and the time those individuals, now veterans, and their families receive all the veterans benefits and support programs they need. Dealing with a disabling injury and an earlier than anticipated departure from the Forces is a very stressful situation for young veterans, especially if they have a young family. More needs to be done to assist these individuals with a more seamless and speedy transition from military life. This could include giving a copy of the medical records to an individual leaving the Forces so that the veteran would have the information required upon leaving the military to obtain veterans benefits and services. The Centre for the Support of Injured Members, Veterans, and their Families already encourages individuals to request a copy of their medical records when they leave the military. However, the onus should perhaps be more on the Department of National Defence than on the individual leaving the military to ensure that copies of the documents will be in the veteran's possession.

The role of doctors inevitably comes into play in discussions of the transition from the military to veteran status. Military doctors provide care to military personnel and document the injuries they suffered during service. When individuals leave the Forces and apply for veterans disability benefits, civilian doctors may be called upon to examine the veterans and to provide evidence of injuries. However, civilian doctors are not always familiar with the complexities of the applications and the documentation required by the Department of Veterans Affairs. During the visit to Shearwater, Lieutenant-Commander (Retired) Heather Mackinnon, a medical doctor, provided the Committee with some insight on the issue based on her experience in providing care and assistance to injured veterans. Her military experience helped her understand some of the issues raised by her patients seeking help in dealing with the application and appeal process within Veterans Affairs. She suggested that the department should provide civilian doctors with more information on its requirements so that they can assist veterans.

However, the veterans may also have difficulty simply finding a doctor in their area just like the military families mentioned above who have trouble finding a family physician. This was an issue raised at CFB Petawawa. For someone being released from the military, finding a doctor can be difficult in any region of the country, but it can be even more difficult in areas outside large cities. The situation may vary from one base to another since some bases like Valcartier and Shearwater are close to large cities where there are many doctors while others are in more isolated areas with few health professionals. Many injured and other veterans may choose to live in the area around the base where they spent much of their career in the military, but the lack of physicians in that area can be a problem when they seek care for their injuries and assistance in providing the documentation required by Veterans Affairs. Furthermore, while the veterans who were members of the Regular Force received care from military doctors during their entire career in the Forces, once they become civilians, and veterans, they are basically on their own to find a doctor. The situation is even more difficult for Reservists who serve with units deployed to Afghanistan, but then leave the unit and their base upon their return to Canada. While the health of Reservists, like other personnel who were deployed overseas, can be monitored in the months immediately following a deployment overseas, psychological and other injuries may become evident only many months and years later. After a deployment, Reservists, compared to Regular Force members, may have limited access to the military's health care system and to the network of support such as OSISS provided for operational stress injuries because they live far from the base of the units with which they deployed overseas. The problems faced by Reservists and veterans of the Reserve Force has been a concern for many, including the members of this Committee. Actions will hopefully be taken quickly to address the problems with the treatment of injured Reservists identified by the April 2008 special report of the Ombudsman for the Department of National Defence and the Canadian Forces, especially with regard to the recommendation for quick action to enable prompt medical releases for Reserve Force personnel.²³

23 Canada, Ombudsman for the Department of National Defence and the Canadian Forces, *Reserved Care. An Investigation into the Treatment of Injured Reservists*, Special Report to the Minister of National Defence, April 2008, p. 56. See <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/rc-str/index-eng.asp>.

Some of the problems faced by veterans who served in the Regular Force or the Reserves could be addressed if military personnel could still have access to military doctors after leaving the military. In a written submission, Dr. Mackinnon suggested the establishment of a Medical Transition Service to assist injured members of the Regular Force and of the Reserves in making the transition to the civilian medical system. Such a service could also assist individuals who leave the Forces for reasons other than injuries, but who may have illnesses related to military service which might be recognized only years after they have become veterans. Given the long period of time it has taken in some cases to recognize that some veterans had indeed suffered operational stress injuries, a Medical Transition Service would be a very worthwhile initiative. Mrs. Helen Gough, an occupational therapist who has worked with elderly veterans and who is a member of a military family, noted the lack of understanding of military culture among civilian health care professionals. She suggested that the military could have its own military occupational therapists who could assist military families during the transition from military life to veteran status by, for example, finding a civilian occupational therapist in the community. She also recommended that Veterans Affairs should recognize the diverse skills of occupational therapists in assisting veterans dealing with mental and physical limitations. Another measure which would help veterans and their families make the transition from the military to civilian life would be the creation of a handbook to give health care professionals a consistent message on the programs and services provided by the Department of Veterans Affairs. This would help health professionals to avoid losing time trying to determine what programs are available for veterans, especially if they have had little previous experience assisting veterans and their families.

The fact that civilian health care professionals are often not very familiar with the Canadian Forces culture and the types of situations veterans have experienced was frequently noted during the Committee's examination of the support provided to veterans dealing with operational stress injuries. Some of the psychologists who made presentations to the Committee such as Doctor Pascale Brillon have had considerable experience assisting veterans dealing with PTSD and other operational stress injuries. However, many psychologists and other health professionals have a more limited experience dealing with veterans and this may cause delays in making correct diagnoses and providing treatment. There is growing awareness of the impact of psychological injuries on military personnel and veterans, but there is still a need for more effort to give health professionals a better understanding of what military personnel and veterans have experienced, as noted in Recommendation 12 of the Committee's June 2007 report.

The importance of quick and correct diagnoses of psychological injuries and the need for psychologists to know about the Veterans Affairs operational stress injury clinics at the Ste. Anne's Centre and other locations across Canada were underlined in the testimony of Mrs. Jenifer Migneault and her spouse. She told the Committee: "When the wheel keeps going round but nobody can help you, you end up becoming completely discouraged and wondering where to turn... . Nobody seemed to understand what he was

experiencing, and what he had.”²⁴ For individuals still in the military, it is important to have access to psychologists when the need for treatment is identified. The number of psychologists on bases has increased in recent years, but there is a need for more, especially given the number of overseas deployments some personnel participate in. When the individuals leave the Forces and become veterans, they also need access to psychologists, but they may have difficulty finding one in communities outside of major cities. Whether veterans consult psychologists in cities or in isolated areas, those psychologists must be aware of the needs of veterans and the resources available to help the veterans and their families.

Besides giving more information about the resources available through Veterans Affairs, another way of making psychologists better aware of the needs of veterans in terms of treatment for PTSD and other operational stress injuries would be to encourage new psychologists to do research on care for veterans. Mrs. Marie-Josée Lemieux, Vice-President, *Ordre des psychologues du Québec*, the regulatory body of psychologists in the Province of Quebec, suggested to the Committee that scholarships could be offered to encourage interns training to become psychologists to specialize in services for veterans. This would be especially useful in the Province of Quebec where some students in doctoral programs in psychology face financial difficulties, but it would also be a valuable initiative in other parts of Canada. Research grants would also serve to encourage students and new psychologists to learn more about the treatment of veterans. Even if they do not specialize in such care, the exposure to veterans issues would give them better preparation to assist the veterans who will consult them. The Department of Veterans Affairs already carries out a number of research projects on operational stress injuries and other veterans health care issues. However, the department should explore how it can stimulate the interest of psychologists in issues concerning veterans through research grants and developing existing ties with universities such as, for example, the recently announced affiliation of Ste. Anne’s Hospital with McGill University in Montreal.

CONCLUSION

Different generations of veterans have served Canada well over the past decades. They and the country’s future veterans should have veterans benefits and services which respond to their needs and those of their families. The process through which these benefits and services have been improved and better adjusted to the needs of veterans and their families has been a long one and more efforts are required to address the problems identified in this report and others. The work done by the Gerontological Advisory Council, notably in its November 2006 report, has contributed a great deal to the improvement of the health care provided to veterans. Although its mandate was mainly to improve the care given to Canada’s war service veterans, its recommendations are also valuable to the updating of the care and benefits provided to the Canadian Forces veterans who have served their country in peacekeeping and other operations over the recent

24 Evidence, November 27, 2007, p. 5.

decades. Many of the Canadian Forces veterans are part of Canada's aging population and the Council's recommendations will help them lead active and healthy lives in the coming years. The promotion of healthy living and the improvements in the delivery of services to veterans advocated by the Council are as relevant to young veterans as they are to the war service Veterans. As the Council's November 2006 report states in one of the principles guiding its proposed approach, the Veterans Integrated Services (VIS), "Services provided earlier in life can make veterans more resilient as they age." The Committee hopes that its report will help the Department of Veterans Affairs improve the efforts it has deployed to improve the quality of life of Canada's veterans and its ability to meet the needs of Canada's veterans, young and old.

LIST OF RECOMMENDATIONS

Recommendation 1

The Department of Veterans Affairs should put in place a redesigned veterans health care program which promotes the health, well-being and independence:

- 1) of all surviving war service veterans from the Second World War and the Korean War, not just those now receiving veterans disability benefits from the department; and,**
- 2) Canadian Forces veterans, including those who were involved in peacekeeping and other overseas operations;**

while ensuring that they have access to care and support when they need it.

Recommendation 2

To accomplish this, the Department of Veterans Affairs should modify its veterans health care program as recommended by the department's Gerontological Advisory Council in its November 2006 report, Keeping the Promise, in order to put in place a new approach to veterans health programs and services called Veterans Integrated Services which will include:

- 1) a single entry point to all departmental services supporting healthy aging where ideally the same departmental representative will deal with a veteran while following up on the original request or when responding to subsequent requests for assistance;
- 2) a screening and assessment process to determine the needs of the veterans and their families;
- 3) an interdisciplinary team with early intervention specialists and high needs care managers in addition to the client service agents and health specialists on current teams to promote health and to provide services for older adults; and,
- 4) innovative models of service delivery with a greater variety of residential choices and especially an intensive home support component based on the lessons learned in recent years while providing home care through the Veterans Independence Program.

Recommendation 3

While modifying its veterans health care program, the Department of Veterans Affairs should ensure that the application process for grounds maintenance, home support and other services, while meeting basic accountability requirements, is simplified and that the assistance of a departmental official is provided to reduce the burden on veterans and their families seeking care and support and that access is based on need rather than on the basis of veterans status.

Recommendation 4

During the redesign of its veterans health care program, the Department of Veterans Affairs should pay particular attention to the availability to all veterans of services in the official language of their choice, to the needs of veterans and their families in rural and remote areas outside of the major urban centres, and to specific health issues of Aboriginal veterans.

Recommendation 5

The Department of Veterans Affairs must ensure that the redesign of its health care program:

- 1) will not remove or reduce the Veterans Independence Program benefits already obtained by surviving spouses and primary caregivers of veterans;
- 2) will provide similar grounds maintenance services on a lifetime basis (after the death of the veteran) to the spouses and primary caregivers of all the war service veterans who, in addition to those who currently have or had access to the Veterans Independence Program benefits, become eligible for health care benefits as a result of the redesign; and,
- 3) gives access to services such as health promotion and home support in addition to those concerning grounds maintenance to surviving spouses and caregivers based on need.

Recommendation 6

The Department of Veterans Affairs must increase its efforts to raise the awareness of veterans, their families, and health care professionals about the benefits and support programs available to all veterans, notably in rural and remote areas. It should explore new partnerships with branches of the Royal Canadian Legion and other veterans groups to better inform and offer services to veterans and their families living outside major urban areas.

Recommendation 7

The Department of Veterans Affairs and the Department of National Defence must continue to enhance their work together to ensure as much as possible a seamless transition process from the military to civilian life when a member of the Canadian Forces leaves the military so that the individual, now a veteran, can have access without delay to the veterans benefits and services to which they are entitled.

Recommendation 8

The Department of Veterans Affairs and the Department of National Defence must continue to enhance and explore the standardization of their system identifying individuals who have served in the Canadian Forces so that:

- 1) Personnel, if they consent, can be recorded automatically in the files of both departments upon joining the Forces;
- 2) medical and other records of military personnel injured during military service can be transferred quickly from one department to another; and,
- 3) the application process for disability and other veterans benefits can be reduced to a minimum.

Recommendation 9

The Department of Veterans Affairs and the Department of National Defence must work together to increase the awareness of civilian medical doctors and psychologists concerning the support programs available to assist military personnel in the process of releasing from the Canadian Forces and veterans dealing with operational stress injuries.

Recommendation 10

The Department of Veterans Affairs should explore with the Department of National Defence the establishment of a medical transition service so that health professionals of the Canadian Forces Health Services can continue to provide care to an injured veteran for an appropriate period to be determined following release from the Canadian Forces.

Recommendation 11

The Department of Veterans Affairs should advise the Department of National Defence on the need to increase the number of psychologists available on military bases to assist military personnel dealing with operational stress injuries after deployments overseas and to provide occupational therapists to assist injured personnel and their families during the transition period after their release from the Canadian Forces.

Recommendation 12

The Department of Veterans Affairs should develop a comprehensive recruitment strategy to recruit new psychologists and to make students in psychology more aware of the issues concerning veterans dealing with operational stress injuries by offering scholarships and research grants in cooperation with provincial health authorities and universities.

APPENDIX A LIST OF WITNESSES

39th PARLIAMENT, 2nd SESSION

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Department of Veterans Affairs Ken Miller, Director, Program Policy Directorate	2007/11/20	2
Department of Veterans Affairs Darragh Mogan, Director General, Program and Service Policy Division		
As an individual Jenifer Migneault,	2007/11/27	4
As an individual Claude Rainville,		
Department of Veterans Affairs David Pedlar, Director of Research, Research Information Directorate	2007/12/04	6
Gerontological Advisory Council Marcus Hollander, Member		
Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Willie Lirette, President	2007/12/06	7
Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Marc Ryan, First Vice-President (Ontario)		
International Federation on Ageing Greg Shaw, Director, International and Corporate Relations		
Canadian Association of Veterans in United Nations Peacekeeping Ronald Griffis, National President	2007/12/13	9
Canadian Centre for Activity and Aging Clara Fitzgerald, Program Director	2008/01/29	10
University of Western Ontario Mark Speechley, Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine and Dentistry		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Canadian Institutes of Health Research Linda Mealing, Assistant Director, Partnerships, Institute of Aging Department of Health Nancy Milroy-Swainson, Director, Chronic and Continuing Care Division. Health Policy Branch Public Health Agency of Canada John Cox, Acting Director, Division of Ageing and Seniors Public Health Agency of Canada Claude Rocan, Director General, Centre for Health Promotion	2008/01/31	11
CNIB (Canadian National Institute for the Blind) Catherine Moore, National Director , Consumer and Government Relations CNIB (Canadian National Institute for the Blind) Bernard Nunan, Researcher, Writer, National Office, Ottawa	2008/02/05	12
National Initiative for the Care of the Elderly Maggie Gibson, Member, Psychologist, Veterans Care Program	2008/02/07	13
Simon Fraser University Gloria Gutman, Co-leader of BC Network for Aging Research , Former Director and Professor Emeritus, Gerontology Research Centre and Department of Gerontology	2008/03/04	15
Korea Veterans Association of Canada Les Peate, Immediate past President	2008/03/06	16
Military Family Resource Centre, Halifax and Region Colleen Calvert, Executive Director	2008/03/11	17
Military Family Resource Centre, Halifax and Region Wendy Purcell, Adult and Family Services Coordinator		
National Aboriginal Veterans Association Alastair MacPhee, Policy Advisor	2008/03/13	18
National Aboriginal Veterans Association Claude Petit, President		
As an individual Helen Gough, Occupational Therapist and military spouse	2008/04/01	19

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Ordre des psychologues du Québec	2008/04/03	20
Stéphane Beaulieu, Secretary General		
Ordre des psychologues du Québec		
Marie-Josée Lemieux, Vice-President		
Ordre des psychologues du Québec		
Édith Lorquet, Legal Counsel and Secretary of the Discipline Committee		

APPENDIX B LIST OF WITNESSES

39th PARLIAMENT, 1st SESSION

Organizations and Individuals	Date	Meeting
As an individual Pascale Brillon, Psychologist and Professor, University of Montreal	2007/02/27	28
As an individual Robert Belzile	2007/03/01	29
As an individual Col. Donald S. Ethell (retired), Chair, Joint Department of National Defence and Veterans Affairs Canada Operational Stress Injury Social Support Advisory Committee	2007/03/20	30
Department of National Defence Lcol. Jim Jamieson (retired), Medical Advisor, Operational Stress Injury Social Support Advisory Committee Major Mariane Le Beau, Project Manager, Operational Stress Injury Social Support Advisory Committee		
Veterans Affairs Canada Kathy Darte, Program Co-Manager, Operational Stress Injury Social Support Advisory Committee		
As an individual Stéphane Guay, Psychologist and Director, Centre d'étude sur le trauma	2007/03/22	31
Department of Veterans Affairs Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division Raymond Lalonde, Director, National Centre for Operational Stress Injuries, Ste. Anne's Hospital	2007/04/19	35
Department of National Defence Major Chantal Descôteaux, Base Surgeon Canadian Forces Base Valcartier, Acting Brigade Surgeon Marc-André Dufour, Psychologist, Mental Health Services, Canadian Forces Base Valcartier Margaret Ramsay, Acting Senior Staff Officer, Canadian Forces Mental Health Initiative	2007/04/24	36
Gerontological Advisory Council Victor Marshall, Chair	2007/04/26	37

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Department of Veterans Affairs Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veterans Services Darragh Mogan, Executive Director, Service and Program Modernization Task Force	2007/05/08	40
Gerontological Advisory Council Norah Keating, Member and long-term care and mental health specialist	2007/05/10	41
As an individual Hon. LGen Roméo A. Dallaire (retired) Gilles-A. Perron, MP	2007/05/15	42
Gerontological Advisory Council Dorothy Pringle, Council member	2007/05/31	45
Gerontological Advisory Council Pierre Allard, Royal Canadian Legion Service Bureau Director	2007/06/05	46
Canadian Peacekeeping Veterans Association Ray Kokkonen, National Vice-President	2007/06/14	48

APPENDIX C LIST OF BRIEFS

39th PARLIAMENT, 2nd SESSION

Organizations and individuals

Military Family Resource Centre, Halifax and Region

National Aboriginal Veterans Association

Gough, Helen

Ordre des psychologues du Québec

Royal United Services Institute of Nova Scotia

APPENDIX D LIST OF BRIEFS

39th PARLIAMENT, 1st SESSION

Organizations and individuals

Royal Canadian Legion

Brillon, Pascale

Department of National Defence

Department of Veterans Affairs

Gerontological Advisory Council

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 39th Parliament, 1st session (Meetings Nos. 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 and 47) is tabled.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 39th Parliament, 2nd session (Meetings Nos. 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 and 20) is tabled.

Respectfully submitted,

Rob Anders, MP
Chair

MINUTES OF PROCEEDINGS

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 39th Parliament, 1st Session (Meetings Nos. 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 and 47) is tabled.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 39th Parliament, 2nd Session (Meetings Nos. 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 and 20) is tabled.

Respectfully submitted,

Rob Anders, MP
Chair

PROCÈS-VERBAUX

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 1^{re} session (séances n^{os} 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 et 47) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 2^e session (séances n^{os} 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 et 20) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Rob Anders, député

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 1^{re} session (séances n^{os} 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 et 47) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 2^e session (séances n^{os} 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 et 20) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Rob Anders, député

ANNEXE D
LISTE DES MÉMOIRES
39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Organisations et individus

Légion royale canadienne

Brillon, Pascale

ministère de la Défense nationale

ministère des Anciens Combattants

Conseil consultatif de gérontologie

Organisations et individus

Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax

Association nationale des anciens combattants autochtones

Gough, Helen

Ordre des psychologues du Québec

Royal United Services Institute of Nova Scotia

37	2007/04/26	Conseil consultatif de gérontologie Victor Marshall, président
40	2007/05/08	Ministère des Anciens Combattants Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Services aux anciens combattants Darragh Mogan, directeur exécutif, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes Norah Keating, membre et spécialiste des soins de longue durée et de la santé mentale
41	2007/05/10	Conseil consultatif de gérontologie
42	2007/05/15	À titre personnel L'hon. Lgén Roméo A. Dallaire (à la retraite) Gilles-A. Perron, député
45	2007/05/31	Conseil consultatif de gérontologie Dorothy Pringle, membre du conseil
46	2007/06/05	Conseil consultatif de gérontologie Pierre Allard, directeur, bureau d'entraide de la légion, direction nationale
48	2007/06/14	Association canadienne des vétérans pour le maintien de la paix Ray Kokkonen, vice-président national

ANNEXE B LISTE DES TÉMOINS

39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

À titre personnel 28 2007/02/27

Pascale Brillon, psychologue et professeure, Université de Montréal

À titre personnel 29 2007/03/01

Robert Belzile,

À titre personnel 30 2007/03/20

Col Donald S. Ethell (à la retraite), président, Conseil consultatif conjoint du ministère de la défense nationale et anciens combattants Canada pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel

Ministère de la Défense nationale

Lcol Jim Jamieson (à la retraite), conseiller médical, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel

Major Mariane Le Beau, gestionnaire de projet, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel

Anciens Combattants Canada

Kathy Daré, cogestionnaire de programme, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel

À titre personnel 31 2007/03/22

Stéphane Guay, psychologue et directeur, Centre d'étude sur le trauma

Ministère des Anciens Combattants 35 2007/04/19

Bryson Gupta, directeur général, Politique en matière de programme et de service

Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Hôpital Sainte-Anne

Ministère de la Défense nationale 36 2007/04/24

Major Chantal Descôteaux, médecin-chef de Base des Forces canadiennes Valcartier, Médecin-chef de brigade interimaire

Marc-André Dufour, psychologue, Services de santé mentale, Base des Forces canadiennes Valcartier

Ministère de la Défense nationale

Margaret Ramsay, officier supérieur d'état-major interimaire, Initiative de santé mentale des Forces canadiennes

Réunion	Date	Organisations et individus
18	2008/03/13	Association nationale des anciens combattants autochtones Alastair MacPhee, conseiller en politiques
19	2008/04/01	À titre personnel Claude Petit, président Helen Gough, ergothérapeute et conjointe d'un militaire
20	2008/04/03	Ordre des psychologues du Québec Stéphane Beaulieu, secrétaire général Ordre des psychologues du Québec Marie-Josée Lemieux, vice-présidente
Édith Lorquet, conseillère juridique et secrétaire du comité de discipline		

11	2008/01/31	Instituts de recherche en santé du Canada Linda Mealing, directrice adjointe, Partenariats, Institut du vieillissement Ministère de la Santé Nancy Milroy-Swainson, directrice, Division des soins chroniques et continus, Direction générale de la politique de la santé Agence de la santé publique du Canada John Cox, directeur interimaire, Division du vieillissement et des aînés Agence de la santé publique du Canada Claude Rocan, directeur général, Centre de promotion de la santé INCA (Institut national canadien pour les aveugles) Catherine Moore, directrice nationale, Relations gouvernementales et avec les consommateurs INCA (Institut national canadien pour les aveugles) Bernard Nunan, chercheur, rédacteur, Bureau d'Ottawa Initiative nationale pour le soin des personnes âgées Maggie Gibson, membre, Psychologue, Programme de soins pour les anciens combattants Université Simon Fraser Gloria Gutman, codirectrice du bc network for aging research, Ancienne directrice et professeur émérite, Centre de recherche de gérontologie et département de gérontologie Association canadienne des vétérans de la Corée Les Peate, président sortant Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax Colleen Calvert, directrice exécutive Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax Wendy Purcell, coordonnatrice des services aux adultes et aux familles
----	------------	--

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Ministère des Anciens Combattants 2007/11/20 2

Ken Miller, directeur
Direction de politiques sur les programmes
Ministère des Anciens Combattants

Darragh Mogan, directeur général,
Politique en matière de programme et de service
À titre personnel

Jennifer Migneault,
À titre personnel 2007/11/27 4

Claude Rainville,
Ministère des Anciens Combattants 2007/12/04 6

David Pedlar, directeur de la recherche,
Direction de la recherche et de l'information
Conseil consultatif de gériatologie

Marcus Hollander, membre
Fédération des aînées et aînées francophones du
Canada 2007/12/06 7

Willie Lirette, président
Fédération des aînées et aînées francophones du
Canada

Marc Ryan, premier vice-président (Ontario)
Fédération internationale du vieillissement

Greg Shaw, directeur,
Relations internationales et d'entreprise
Association canadienne des vétérans des forces de
la paix pour les Nations Unies 2007/12/13 9

Ronald Griffiths, président national
Canadian Centre for Activity and Aging 2008 01/29 10
Clara Fitzgerald, directrice de programme
University of Western Ontario

Mark Speechley, professeur,
Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de
médecine et de dentisterie

Recommandation 11

Le ministère des Anciens Combattants devrait informer le ministère de la Défense nationale de la nécessité d'accroître le nombre de psychologues disponibles sur les bases afin d'aider le personnel militaire à composer avec les blessures psychologiques liées au stress opérationnel après un déploiement outre-mer, et de fournir les services d'ergothérapeutes afin d'aider les blessés et leurs familles au cours de la période de transition après qu'ils sont libérés des Forces canadiennes.

Recommandation 12

Le ministère des Anciens Combattants devrait élaborer une stratégie complète de recrutement afin d'aller chercher des psychologues nouvellement diplômés et de sensibiliser les étudiants en psychologie aux questions touchant les anciens combattants avec des blessures psychologiques liées au stress opérationnel, en leur offrant des bourses d'études et de recherches, en collaboration avec les autorités provinciales en matière de santé et les universités.

Recommandation 8

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent pousser plus loin et étudier l'uniformisation de leurs systèmes d'identification des personnes ayant servi dans les Forces canadiennes afin que :

1) les membres, s'ils y consentent, soient inscrits systématiquement dans les répertoires des deux ministères dès qu'ils s'engagent;

2) les dossiers médicaux et autres des militaires blessés en service puissent être transmis rapidement d'un ministère à l'autre;

3) le processus de demande de prestations d'invalidité et d'autres pour les anciens combattants soit allégé le plus possible.

Recommandation 9

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent travailler ensemble afin de faire mieux connaître aux médecins et aux psychologues civils les programmes de soutien qui existent pour aider les ex-militaires et les militaires en voie d'être libérés des Forces canadiennes qui ont subi des blessures psychologiques liées au stress opérationnel.

Recommandation 10

Le ministère des Anciens Combattants devrait examiner, de concert avec le ministère de la Défense nationale, l'établissement de services médicaux de transition afin que les professionnels des Services de santé des Forces canadiennes puissent continuer de soigner un ancien combattant blessé pendant une période appropriée à déterminer après qu'il soit libéré des Forces canadiennes.

Recommandation 5

Le ministère des Anciens Combattants doit veiller à ce que le réaménagement de son programme de soins de santé :

- 1) n'ait pas pour effet de réduire ou d'éliminer les prestations que reçoit déjà le conjoint survivant ou le principal dispensateur de soins, en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants;

- 2) fournisse à vie des services d'entretien du terrain semblables (après le décès de l'ancien combattant) au conjoint ou au principal dispensateur de soins de tous les anciens combattants, soit ceux qui reçoivent ou ont reçu des prestations du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, mais aussi ceux qui deviendront admissibles aux prestations de soins de santé à la suite du réaménagement du programme;

- 3) donne, au conjoint survivant ou au dispensateur de soins, accès non seulement aux services d'entretien du terrain, mais aussi aux services comme la promotion de la santé et le soutien à domicile, selon les besoins.

Recommandation 6

Le ministère des Anciens Combattants doit faire plus pour informer les anciens combattants, leurs familles et les professionnels de la santé au sujet des prestations et des programmes de soutien offerts à tous les anciens combattants, notamment dans les régions éloignées et rurales. Il devrait aussi envisager d'établir de nouveaux partenariats avec la Légion royale canadienne et d'autres groupes d'anciens combattants afin de mieux informer et servir les anciens combattants et leurs familles vivant à l'extérieur des grands centres urbains.

Recommandation 7

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent intensifier leur collaboration afin d'assurer, dans la mesure du possible, une transition harmonieuse entre la vie militaire et la vie civile quand un membre quitte les Forces canadiennes et devient un ex-militaire, de façon à ce qu'il ait accès sans attendre aux prestations et services destinés aux anciens combattants auxquels il a droit.

- 3) une équipe pluridisciplinaire comportant des spécialistes de l'intervention précoce et des gestionnaires des soins aux cas lourds, en plus des agents des services aux clients et des spécialistes de la santé qui font déjà partie des équipes actuelles, afin de favoriser la santé des personnes âgées et de leur fournir des services;
- 4) des modèles novateurs de prestation de services prévoyant un plus vaste choix en matière d'hébergement et surtout un soutien à domicile plus appuyé, compte tenu des leçons tirées les dernières années quand des soins à domicile ont été dispensés par le biais du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Recommandation 3

Quand il modifiera son programme des soins de santé pour anciens combattants, le ministère des Anciens Combattants devrait veiller à alléger le processus à suivre pour obtenir des services d'entretien du terrain et de soutien à domicile et les autres services — tout en veillant à ce que ce processus respecte les obligations redditionnelles de base — et à offrir l'aide d'un représentant ministériel afin de simplifier la tâche aux anciens combattants et à leur famille quand ils demandent de l'aide et du soutien, et afin que l'accès soit accordé en fonction des besoins plutôt qu'en fonction de la condition d'ancien combattant.

Recommandation 4

Quand il réaménagera le programme des soins de santé pour anciens combattants, le ministère des Anciens Combattants devrait veiller tout particulièrement à offrir les services à tous les anciens combattants dans la langue officielle de leur choix, à répondre aux besoins des anciens combattants et de leur famille qui habitent dans les régions éloignées et rurales, à l'extérieur des grands centres urbains, et à tenir compte des problèmes de santé propres aux anciens combattants autochtones.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Le ministère des Anciens Combattants devrait adopter un programme de soins de santé réaménagé de manière à favoriser la santé, le bien-être et l'autonomie :

- 1) de tous les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée, et pas seulement de ceux qui touchent des pensions d'invalidité du Ministère; et
- 2) des ex-membres des Forces canadiennes, notamment ceux qui ont participé à des missions de maintien de la paix ou à d'autres opérations outre-mer,

tout en veillant à ce qu'ils aient accès aux soins et au soutien quand ils en ont besoin.

Recommandation 2

Pour ce faire, le ministère des Anciens Combattants devrait modifier son programme des soins de santé pour anciens combattants en suivant les recommandations formulées par le Conseil consultatif de gériatrie dans son rapport de novembre 2006, intitulé Parole d'honneur, afin d'établir une nouvelle approche en matière de programmes et de services de santé baptisée Services intégrés aux anciens combattants, qui comportera :

- 1) un guichet unique d'accès à tous les services du Ministère pouvant aider à vieillir en santé où, de préférence, un même représentant ministériel s'occupera de l'ancien combattant afin de répondre à la demande d'aide d'origine et aux demandes suivantes;

- 2) un processus d'examen préalable et d'évaluation pour déterminer les besoins des anciens combattants et de leur famille;

ceux qui viendront les consulter. Le ministère des Anciens Combattants a déjà entrepris un certain nombre de projets de recherche sur les blessures psychologiques et d'autres questions de santé touchant les ex-militaires. Toutefois, il lui faudrait examiner des moyens de stimuler l'intérêt des psychologues pour les questions touchant les anciens militaires, dont l'octroi de subventions à la recherche et le resserrment des liens avec des universités, comme, par exemple, l'affiliation récemment annoncée de l'Hôpital Sainte-Anne et de l'Université McGill.

CONCLUSION

Plusieurs générations de militaires ont bien servi le Canada au cours des dernières décennies. Ces militaires ont droit tout comme ceux qui les suivront à des avantages et à des services qui répondent à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Il aura fallu beaucoup de temps pour que ces avantages et ces services soient améliorés et répondent mieux aux besoins des anciens militaires et de leurs familles, et plus d'efforts encore devront être mis en œuvre pour régler les problèmes cernés dans le présent rapport entre autres. Le travail effectué par le Conseil consultatif de gérontologie, dont témoigne notamment son rapport de novembre 2006, a contribué énormément à l'amélioration des soins de santé offerts aux anciens militaires. Même si son mandat consistait principalement à améliorer les prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre, ses recommandations serviront aussi à actualiser les soins et les avantages offerts aux ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi leur pays dans le cadre d'opérations de maintien de la paix et autres au cours des dernières décennies. Nombre d'entre eux avancent en âge, et les recommandations du Conseil les aideront à avoir une vie active et à vivre en santé dans les années qui viennent. La promotion de saines habitudes de vie et l'amélioration de la prestation des services aux anciens combattants que préconise le Conseil ont autant d'importance pour les plus jeunes que pour ceux qui ont servi en temps de guerre. Comme le Conseil l'indique dans son rapport de novembre 2006 à l'égard de l'un des principes devant présider à l'approche proposée, soit les Services intégrés aux anciens combattants (SIAC), « [l]a prestation précocce de services appropriés peut permettre d'accroître la résilience des anciens combattants lorsqu'ils avancent en âge ». Le Comité espère que son rapport facilitera les efforts déployés par le ministère des Anciens Combattants pour améliorer la qualité de vie des anciens militaires canadiens, jeunes et vieux, et l'aidera à mieux répondre à leurs besoins.

par le Comité, dont le Dre Pascale Brillon, ont une vaste expérience des soins aux ex-militaires victimes du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres blessures psychologiques. Cependant, de nombreux psychologues et autres professionnels de la santé possèdent une expérience plus limitée des soins aux ex-militaires, ce qui peut entraîner des retards dans la pose d'un diagnostic exact et la prestation d'un traitement. On est de plus en plus conscient de l'impact des blessures psychologiques sur le personnel militaire et les anciens combattants, mais il faut faire plus d'efforts pour que les professionnels de la santé comprennent mieux ce que le personnel militaire et les anciens combattants ont vécu, comme le Comité le faisait valoir à la recommandation 12 de son rapport de juin 2007.

L'importance d'un diagnostic rapide et exact des blessures psychologiques et la nécessité pour les psychologues de savoir que le ministère des Anciens Combattants offre des services pour les problèmes liés au stress opérationnel au Centre Sainte-Anne et ailleurs au Canada ont été signalées lors du témoignage de M^{me} Jennifer Migneault et de son conjoint. Celle-ci a dit au Comité : « Quand la roue tourne mais que personne n'est en mesure de nous aider, à un moment donné, on devient complètement découragé et on se demande vers qui se tourner. [...] Personne ne semble comprendre ce qu'il vivait et ce qu'il avait²⁴. » Il est important que ceux qui sont toujours militaires aient accès à des psychologues dès que le besoin de traitement a été identifié. Le nombre de psychologues a augmenté dans les bases ces dernières années, mais ils ne sont toujours pas assez nombreux, étant donné surtout le nombre de déploiements à l'étranger auxquels participent certains militaires. Une fois qu'ils ont quitté les Forces, les ex-militaires doivent continuer à pouvoir compter sur les services de psychologues, mais ils ont plus de difficulté à en trouver en dehors des grandes villes. Que les anciens combattants les consultent en ville ou dans des régions isolées, les psychologues doivent être conscients de leurs besoins et des ressources à leur disposition pour leur venir en aide de même qu'à leurs familles.

En plus de leur donner plus d'information sur les ressources offertes par l'entremise d'Anciens Combattants Canada, un autre moyen de sensibiliser les psychologues aux besoins des anciens combattants pour ce qui est du syndrome de stress post-traumatique et d'autres blessures psychologiques consisterait à encourager les nouveaux psychologues à faire des recherches sur les soins aux anciens combattants. M^{me} Marie-Josée Lemieux, vice-présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, l'organisme de réglementation des psychologues de cette province, a fait observer au Comité que des bourses pourraient être offertes pour encourager les internes en psychologie à se spécialiser dans les soins aux anciens militaires. Ce serait une mesure particulièrement utile au Québec où certains étudiants inscrits à des programmes de doctorat en psychologie éprouvent des difficultés financières, mais aussi pour ceux d'autres régions du Canada. Des subventions à la recherche serviraient également à encourager les étudiants et les nouveaux psychologues à en apprendre davantage sur le traitement des ex-militaires. Même s'ils n'en font pas une spécialité, ils seront ainsi mieux préparés à soigner

stress opérationnel offert à ceux qui sont touchés par une blessure psychologique, parce qu'ils vivent loin de la base des unités avec lesquelles ils ont été déployés outre-mer. Les problèmes auxquels sont confrontés les réservistes et les ex-membres de la Force de réserve préoccupent bien des gens, y compris les membres du Comité. Il est à espérer qu'on interviendra sans tarder pour régler les problèmes liés au traitement des réservistes blessés, que l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes a cernés dans le rapport spécial d'avril 2008, en ce qui concerne notamment la recommandation que des mesures soient prises immédiatement pour que tous les réservistes qui sont libérés pour raisons de santé le soient rapidement²³.

Certains des problèmes, auxquels se heurtent ceux qui ont servi dans la Force régulière ou les Réserves, se régleraient d'eux-mêmes si les ex-militaires continuaient à avoir accès à des médecins militaires. Dans un mémoire présenté au Comité, le D^r Mackinnon a proposé la création de services médicaux de transition pour aider les membres de la Force régulière ou des Réserves qui ont subi des blessures à passer au système médical civil. De tels services pourraient aussi être utiles à ceux qui quittent les Forces pour des raisons autres que des blessures, mais chez qui pourraient être diagnostiquées des maladies militaires reconnues des années seulement après leur départ des Forces. Étant donné la longue période de temps qu'il a fallu dans certains cas pour reconnaître que certains anciens combattants avaient effectivement des blessures psychologiques, des services médicaux de transition seraient une initiative très valable. M^{me} Helen Gough, une ergothérapeute qui a travaillé avec des anciens combattants avançant en âge et qui vient d'une famille de militaires, a déploré la méconnaissance de la culture militaire chez les professionnels de la santé du milieu civil. Elle a proposé que les militaires aient leurs propres ergothérapeutes qui pourraient venir en aide aux familles durant la transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant, par exemple en trouvant un ergothérapeute dans la communauté. Elle a aussi proposé que le ministère des Anciens Combattants reconnaisse les diverses compétences des ergothérapeutes appelés à travailler auprès d'anciens militaires ayant une déficience des fonctions mentales ou physiques. Une autre mesure qui aiderait les ex-militaires et leurs familles à faire la transition de la vie militaire à la vie civile serait la création d'un guide destiné à renseigner les professionnels de la santé sur les programmes et services fournis par le ministère des Anciens Combattants. Ainsi, ils ne perdraient pas de temps à essayer de déterminer quels sont les programmes offerts aux ex-militaires et à leurs familles, surtout s'ils n'ont pas souvent été appelés à leur venir en aide.

Le fait que les professionnels de la santé connaissent souvent mal la culture des Forces canadiennes et le genre de situations vécues par les ex-membres a été soulevé maintes fois durant l'examen par le Comité des services de soutien offerts aux anciens combattants souffrant de blessures psychologiques. Certains des psychologues entendus

Canada, Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes. Des soins sous toutes réserves : Enquête sur le traitement des réservistes blessés. Rapport spécial au ministre de la Défense nationale, avril 2008, p. 60. Voir [http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/rs/rs-rc-str/index-](http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/rs/rs-rc-str/index-tra.asp)

pour obtenir les prestations et les services destinés aux anciens combattants auxquels il a droit. D'ailleurs, le Centre pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles incite déjà les membres à demander une copie de leur dossier médical quand ils quittent la vie militaire. Cependant, il revient peut-être plus au ministère de la Défense nationale qu'au militaire de veiller à ce que ce dernier dispose des documents nécessaires lors de son départ.

Le rôle des médecins entre inévitablement en jeu lorsqu'il est question de la transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant. Les médecins militaires dispensent des soins aux militaires et font état des blessures qu'ils ont subies pendant leur service. Lorsque les militaires quittent les Forces et demandent des prestations d'invalidité des anciens combattants, des médecins civils peuvent être appelés à les examiner et à fournir des preuves de leurs blessures. Cependant, les médecins civils ne sont pas toujours au fait de la complexité des formulaires de demande et des documents exigés par le ministère des Anciens Combattants. Lors de notre passage à Shearwater, la capitaine de corvette (à la retraite) Heather Mackinnon, qui est médecin, a fourni au Comité des précisions fondées sur son expérience des soins donnés à d'anciens combattants blessés. Son expérience militaire l'a aidée à comprendre certaines des questions soulevées par des patients aux prises avec le processus de demande et d'appel d'Anciens Combattants Canada. Elle a suggéré que le Ministère donne plus de renseignements aux médecins civils quant à ses exigences pour qu'ils puissent venir en aide aux ex-militaires.

Il peut aussi arriver que les ex-militaires aient de la difficulté à trouver un médecin dans la région où ils vivent, tout comme les familles de militaires mentionnées précédemment ont de la difficulté à trouver un médecin de famille. C'est une question qui a été soulevée à la BFC de Petawawa. Il peut être difficile pour quiconque quitte les rangs de trouver un médecin, peu importe la région, mais il se peut que ce soit plus difficile encore en dehors des grandes villes. La situation peut varier d'une base à l'autre, étant donné que certaines bases comme celles de Valcartier et de Shearwater sont situées à proximité de grandes villes où il y a beaucoup plus de médecins tandis que d'autres sont situées dans des régions plus isolées comptant peu de professionnels de la santé. Un grand nombre de blessés et d'autres ex-militaires peuvent décider de s'installer près de la base où ils ont passé une bonne partie de leur carrière militaire, mais il peut arriver que la rareté des médecins dans la région pose un problème lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins pour leurs blessures ou de l'aide pour fournir les documents exigés par le Ministère. De plus, alors qu'ils ont reçu des soins de médecins militaires pendant toute la durée de leur carrière dans l'armée, les ex-membres de la Force régulière doivent se débrouiller quasiment seuls pour trouver un médecin une fois qu'ils ont réintégré la vie civile. La situation est encore plus difficile pour les réservistes qui servent dans des unités déployées en Afghanistan lorsqu'ils quittent leur base à leur retour au Canada. La santé des réservistes, tout comme celle d'autres militaires envoyés à l'étranger, fait bien sûr l'objet d'un suivi au cours de la période mois qui suit immédiatement un déploiement, mais il se peut que des blessures psychologiques ou autres se manifestent des mois, voire des années plus tard. Après un déploiement, il se peut que les réservistes, par comparaison aux membres de la Force régulière, aient un accès limité au système de soins de santé destinés aux militaires et aux services d'aide comme le Soutien social aux victimes de

dans les bases afin de mieux répondre aux besoins des membres blessés et de leurs familles. Ces détachements ont formé de solides partenariats avec les divers groupes qui viennent en aide aux blessés. Au militaire, le Centre collabore avec la chaîne de commandement, les Services de santé des Forces canadiennes, le CRFM et les aumôniers, tandis que dans la collectivité, les partenaires sont le bureau régional d'Anciens Combattants Canada, la Légion royale canadienne et le réseau du Soutien social aux victimes de stress opérationnel. Les militaires, les ex-militaires et leurs familles pourront consulter dans les détachements les représentants des diverses sections des Forces canadiennes ainsi que du ministère des Anciens Combattants traitant des questions de personnel. Le Comité applaudit à l'établissement de détachements dans les bases et à l'étroite coopération entre les deux ministères afin d'offrir aux membres en voie d'être libérés une transition harmonieuse.

Cependant, malgré ces mesures, nombre d'anciens combattants ont vécu des transitions difficiles. Les séances d'information tenues quand le Comité s'est rendu à Petawawa et à Valcartier ont mis en évidence diverses questions. La mise en commun d'informations par les deux ministères continue de poser problème et, bien que le ministère de la Défense nationale ait pris des mesures pour transmettre rapidement les dossiers médicaux par voie électronique, il faudra encore quelques années avant que les difficultés soient réglées. En attendant, il faudra peut-être encore des mois, voire des années, avant que la totalité des documents médicaux de la Défense nationale soit transmise aux Anciens Combattants, une situation intolérable. On s'interroge aussi sur la nécessité d'obliger les ex-militaires à présenter des demandes pour les prestations destinées aux anciens combattants, alors qu'ils ont servi au sein des Forces canadiennes pendant des années et que la preuve de leurs blessures est faite.

D'aucuns ont affirmé que le ministère des Anciens Combattants devrait utiliser, pour ses clients, le même numéro d'identification que les Forces. La transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant se passerait peut-être mieux si les deux ministères uniformisaient le système servant à identifier les membres actifs, afin que les dossiers soient transmis systématiquement. Une personne qui s'engage dans les Forces canadiennes pourrait, si elle y consent, être inscrite simultanément dans les registres des deux ministères. Ainsi, quand un membre des Forces est gravement blessé, Anciens Combattants pourrait en être informé rapidement et puiser dans les renseignements de ses banques de données en vue de se préparer à accueillir le membre libéré. Les blessés ont parfois besoin de services rapidement, notamment ceux fournis par le PAAAC, mais ils sont obligés d'attendre que le processus d'approbation suive son cours. Malgré les efforts déployés au cours des dix dernières années, il arrive encore qu'il y ait un décalage entre le moment où un membre quitte les Forces et le moment où ce membre, considéré dorénavant comme un ancien combattant, et sa famille reçoivent toutes les prestations et tous les programmes de soutien aux anciens combattants dont ils ont besoin. Le militaire dans la force de l'âge qui se retrouve avec une blessure débilissante et doit quitter les Forces plus tôt que prévu vit une situation extrêmement angoissante, surtout s'il a une jeune famille. Il faut faire davantage pour accélérer et faciliter la transition de la vie militaire à la vie civile. On pourrait notamment remettre une copie de son dossier médical au membre qui quitte les Forces afin qu'il ait à sa disposition les renseignements nécessaires

naturels examinés jusqu'à maintenant²² ». Étant donné le jeune âge de certains de ces ex-militaires atteints d'incapacités graves, les familles qui les soignent font face à 20 années ou plus de difficultés financières et émotionnelles. Certains vivront non seulement des incapacités physiques, mais aussi des troubles psychologiques. Même quand un membre quitte les Forces en raison de blessures moins graves ou d'autres motifs, la transition de la vie militaire à la vie civile peut être difficile pour les intéressés et leurs familles. Or, la transition devrait être la plus harmonieuse possible, et les ex-militaires ne devraient pas avoir de difficulté à obtenir les prestations d'invalidité et les services prévus par la nouvelle Charte des anciens combattants.

D'après l'information que le Comité a recueillie auprès de certains témoins et lors d'audiences tenues dans les bases et ailleurs, il est clair que la transition de la vie militaire à la vie civile n'est pas toujours facile pour de nombreux anciens combattants. Pour toucher des prestations d'invalidité à la suite de blessures psychologiques subies pendant leur service, les intéressés doivent présenter des demandes et, au besoin, interjeter appel. Les dossiers médicaux constituent un élément important du processus de demande et d'appel, mais il faut souvent attendre pour les obtenir, et leur interprétation soulève des différends. La question relève de deux ministères à la fois, soit la Défense nationale et les Anciens Combattants. Les dossiers médicaux tenus par les professionnels de la santé militaires sur un membre des Forces canadiennes documentent, dans la plupart des cas, les blessures subies en cours de service; quand l'intéressé quitte les Forces et devient un ancien combattant, ces documents sont utilisés par le ministère des Anciens Combattants afin de prendre des décisions et ils servent à interjeter appel auprès du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) (TACRA). Dans son rapport d'octobre 2007 sur les soins de santé fournis aux militaires, la vérificatrice générale a constaté des problèmes dans les services à la fin des années 1990, notamment des lacunes dans la gestion des dossiers médicaux. Des mesures ont été prises depuis afin d'améliorer le système de dossiers médicaux militaires, et d'autres initiatives ont été prises dans le cadre du Projet sur la qualité de la vie afin de faciliter le processus de transition quand un membre quitte les Forces, surtout s'il souffre d'une blessure physique ou psychologique. Nous constatons, entre autres initiatives, la création en 1999 du Centre du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles, simplement appelé le Centre.

Le Centre est une initiative interministérielle conçue afin de servir de guichet unique pour la prestation d'information et de soutien aux militaires (Forces régulières et Réserves) et aux ex-membres des Forces libérés pour raisons médicales. Il offre aussi du soutien aux familles des militaires qui sont blessés ou qui quittent les Forces. Le quartier général du Centre, situé à Ottawa, a dispensé des services à l'échelle du Canada au cours des dix dernières années. Cependant, ces derniers mois, le Centre a ouvert des détachements

22 Janet Fast, Norah Keating, Alison Yacyshyn, *Wounded Veterans, Wounded Families*, Hidden Costs-Invisible Contributions research program, Department of Human Ecology, Université de l'Alberta, février 2008, p. 1. Le rapport est disponible en ligne sur le site Web du programme de recherche : <http://www.ales2.ualberta.ca/hecol/hcic/>.

Comité espère que les enseignements tirés du Programme d'entraînement à la résilience militaire (PERM) aideront d'autres unités militaires à accroître leur résilience dans les situations stressantes et à se préparer aux déploiements. Le rapport de 2007 faisait aussi état du processus élaboré par les Forces canadiennes afin d'aider les militaires à s'adapter graduellement au retour à la vie à la maison au Canada, après des mois passés sur le théâtre des opérations outre-mer. Le processus comprend une période de décompression d'environ cinq jours dans un tiers lieu, habituellement à Chypre, ainsi qu'une réinsertion graduelle dans la base au moyen de quelques demi-journées de travail, avant une longue période de congé post-déploiement. Le but de ce processus graduel est, notamment, de faciliter la réinsertion du militaire auprès de sa famille. Le processus de réinsertion graduelle, les séances d'information sur les blessures psychologiques données par les Forces à l'intention des militaires déployés, les sessions données par le CRFM et d'autres à l'intention des familles et le suivi effectué par les professionnels de la santé mentale ne constituent pas toutefois une garantie contre ce genre de blessures. Cependant, ces mesures peuvent aider à faire que les militaires et leurs familles soient mieux outillés afin de reconnaître les symptômes des blessures psychologiques et d'affronter les répercussions.

En effet, le fait qu'un militaire doive composer avec une blessure psychologique peut avoir une profonde incidence sur le bien-être de sa famille. Or, il est possible d'atténuer les effets si la famille est bien préparée et capable de reconnaître les signes indiquant que le conjoint, le père ou la mère qui rentre d'outre-mer souffre d'une telle blessure. Une famille bien préparée sera beaucoup plus apte à fournir à la personne atteinte le soutien nécessaire pour éviter les malentendus et la toxicomanie qui accompagnent souvent ce genre de blessures. Cependant, même si la personne qui revient d'outre-mer n'est pas atteinte de blessures psychologiques, la réinsertion auprès de la famille après une longue absence peut être difficile, et d'autres membres de la famille peuvent avoir besoin de services de santé mentale pour mieux vivre la situation. La longue absence du père ou de la mère peut être particulièrement pénible pour les enfants, et une réinsertion houleuse peut compliquer encore plus les choses. Voilà pourquoi le Comité s'intéresse tout particulièrement au soutien offert aux enfants des militaires pendant et après un déploiement.

Le bien-être des familles de militaires est essentiel, car lorsqu'un militaire souffre d'une blessure physique ou psychologique, le soutien fourni par les membres de sa famille est crucial pour lui permettre de se rétablir. Le soutien continu de la famille est aussi capital quand un soldat blessé quitte la vie militaire et devient un ancien combattant. Néanmoins, il reste qu'une blessure peut avoir de profondes répercussions sur le bien-être de la famille, surtout quand la personne atteinte se retrouve avec une incapacité importante qui la force à mettre fin à sa carrière militaire beaucoup plus tôt que prévu. C'est ce dont témoigne un récent rapport de recherche du D^{re} Norah Keating, membre du Conseil consultatif de gériatrie, et d'autres chercheurs de l'Université de l'Alberta, intitulé *Wounded Veterans*, *Wounded Families*. Un sondage mené auprès d'ex-militaires âgés de 25 à 65 ans qui présentaient une incapacité importante révèle notamment que : « les familles de ces jeunes ex-militaires ayant de grands besoins sont beaucoup plus susceptibles de vivre des difficultés sur le plan financier, social et de la santé que tous les autres groupes d'aïdants

Quand le Comité s'est rendu dans les bases, il a notamment été informé que le CRFM se trouve souvent dans une situation où il réagit plutôt que d'être proactif, puisque c'est la famille qui a la tâche de chercher de l'aide quand elle en a besoin. Le CRFM ne sait pas toujours quel militaire est déployé et il n'est donc pas toujours à même d'informer la famille touchée des ressources à sa disposition. Quand un grand nombre de militaires d'une base sont déployés, le CRFM est au courant naturellement que de nombreuses familles sont susceptibles de le consulter. Cependant, il arrive que seul un petit nombre de militaires soient déployés, et le Centre, n'étant pas au courant de leur départ, ne sait pas que leurs familles peuvent avoir besoin d'aide jusqu'à ce qu'une situation d'urgence se présente. Il est très difficile pour le CRFM de contacter les familles du personnel déployé parce que bon nombre d'entre elles vivent dans la collectivité, à l'extérieur de la base. Or, même quand les familles sont au courant des services offerts, elles ne peuvent pas toujours s'en prévaloir, par exemple dans le cas des sessions d'information, parce qu'elles habitent à une certaine distance de la base. Il y a donc lieu de mieux faire connaître aux familles l'existence des ressources dont dispose le CRFM à leur intention lors de déploiements outre-mer, mais il convient aussi de mieux coordonner les efforts du personnel du Centre et des dirigeants de la base (le commandant de la base et les autres officiers supérieurs). Ainsi, il est particulièrement important que les familles des militaires blessés ou tués lors d'un déploiement soient au courant des services de soutien offerts. Les CRFM disposent de ressources pour aider les familles à faire face au stress de la situation ou alors ils peuvent les orienter vers les services militaires ou civils qui conviennent, mais on a constaté que l'officier désigné, soit l'officier de la base désignée pour aider les familles lorsque des militaires déployés sont blessés ou tués, n'est pas toujours au courant de l'existence de toutes ces ressources. Il faudrait une meilleure coordination entre toutes les sources de soutien disponibles sur une base afin que les familles puissent obtenir rapidement toute l'aide dont elles ont besoin, sans doublement des efforts, lorsqu'elles vivent une situation traumatique.

Le soutien à la famille, surtout pendant et après les déploiements outre-mer, est un autre élément important de l'aide aux membres des Forces régulières et des Réserves qui ont des blessures psychologiques. Comme l'a souligné M^{me} Colleen Calvert, directrice exécutive du CRFM Halifax et de la région, un militaire déployé ne peut pas se concentrer sur la tâche à accomplir s'il s'inquiète du sort de sa famille et de savoir si elle obtient l'aide dont elle a besoin²¹. Or, la seule existence d'un CRFM peut servir à le rassurer. Cependant, le CRFM n'est qu'un des nombreux éléments du processus mis en place par les Forces canadiennes pour aider leur personnel à mieux composer avec les blessures psychologiques. Comme l'a indiqué le Comité dans son rapport de juin 2007, les Forces ont élaboré des programmes afin de préparer le personnel aux rigueurs et aux dangers des déploiements outre-mer, mais il y a encore place à l'amélioration, surtout lorsqu'il s'agit d'informer les militaires au sujet des blessures psychologiques et des moyens d'y faire face. Le Comité s'est beaucoup intéressé au programme élaboré par le 5^e Groupe-brigade mécanisée du Canada (5 GBMC) à Valcartier afin de préparer le personnel au déploiement en Afghanistan qui a commencé à l'été 2007 et a pris fin entre février et mai 2008. Le

de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO), du ministère de la Défense nationale et du ministère des Anciens Combattants, ainsi que par tous les autres participants. Les unités de Petawawa et de Valcartier ont fourni récemment un grand nombre d'effectifs pour les déploiements de troupes en Afghanistan, mais il faut aussi souligner que des membres d'autres bases ont participé à des opérations en Afghanistan et ailleurs. L'expérience acquise par les membres de ces diverses bases et les leçons qu'ils ont apprises a permis au Comité de mieux comprendre comment les Forces canadiennes soutiennent ces membres et leur famille, et comment le ministère des Anciens Combattants aide ces personnes lorsqu'elles quittent les Forces et deviennent des anciens combattants. Le soutien offert par le ministère des Anciens Combattants comprend un réseau pancanadien de cinq cliniques de traitement des blessures psychologiques liées au stress opérationnel, auxquelles s'ajouteront cinq nouvelles cliniques, conformément à l'annonce faite dans le Budget fédéral 2007. La première a ouvert ses portes à Fredericton le 23 mai 2008. Le ministère des Anciens Combattants a annoncé en avril et en mai 2008 que des ententes ont été conclues avec les autorités sanitaires provinciales afin d'ouvrir trois cliniques, soit à Vancouver, à Edmonton et à Ottawa, d'ici décembre 2008. Une annonce est prévue très prochainement concernant la cinquième clinique. Le 6 mai 2008, le ministre des Anciens Combattants a aussi annoncé l'embauche de huit coordonnateurs du soutien par les pairs pour les familles, au réseau du SSVSO.

L'information recueillie lors de ces visites des bases a fait ressortir à quel point les programmes de soutien aident les familles de militaires à composer avec le stress associé à la cadence accrue des opérations des Forces canadiennes depuis quelques années. La vie des militaires peut être difficile pour les familles à cause des fréquents déménagements qui entraînent des changements d'école pour les enfants et des changements dans les services de santé. Lorsqu'un des parents est déployé à l'étranger pendant six mois, la famille vit un stress encore plus grand. Par conséquent, le soutien fourni pendant les déploiements par l'administration de la base, les unités, l'aumônier et le CRFM local est essentiel pour aider chaque famille de militaire à composer avec la longue absence d'un de ses membres et, dans certains cas, avec le décès ou la blessure psychologique de ce membre. Un élément clé de ce soutien vient du réseau des CRFM qui s'étend partout au Canada et dans certains endroits à l'étranger. Dans chaque base militaire, il y a un CRFM, un organisme à but non lucratif géré par un conseil d'administration qui compte une proportion importante de conjoints de militaire. Grâce aux efforts de ses employés et de ses bénévoles, le CRFM offre une vaste gamme de services allant d'une aide à la recherche d'emplois pour les conjoints à des programmes de garde pour les enfants. Dans certaines bases, les CRFM ont ouvert leur propre clinique parce que certaines familles de militaire, comme bien d'autres Canadiens, ont beaucoup de difficulté à se trouver un médecin de famille. Depuis les années 1990, bien des efforts ont été déployés pour accroître l'aide fournie par les CRFM aux familles de militaire, une mesure fortement appuyée par le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC) dans son rapport de 1998 sur la qualité de vie dans les Forces. Toutefois, il y a encore lieu d'améliorer l'aide fournie aux familles par les CRFM, par les militaires en général et par le ministère des Anciens Combattants.

combattants ayant servi en temps de guerre et leur famille, mais aussi les anciens combattants des Forces canadiennes plus jeunes et leur famille. Nombre de ces derniers qui ont participé à des missions de maintien de la paix et d'autres missions sont devenus ou deviendront bientôt des citoyens âgés, et les améliorations aux programmes et services proposées dans le rapport du Conseil consultatif de gérontologie leur seront fort utiles, à eux ainsi qu'aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre. La promotion de la santé et du mieux-être de tous les ex-membres des Forces canadiennes comportera tous les mêmes avantages que ceux que le Conseil a reconnus pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre. En effet, le ministère des Anciens Combattants devrait adopter une approche plus proactive aux besoins en matière de soins de santé de tous les anciens combattants, jeunes et âgés, et leurs familles.

LES ANCIENS COMBATTANTS DE DEMAIN, LES EX-MILITAIRES ET LEURS FAMILLES

Dans son étude des questions de santé qui intéressent directement les anciens combattants, jeunes et âgés, le Comité s'est aussi penché sur celles qui se rapportent aux anciens combattants de demain, qui servent actuellement au sein des Forces canadiennes et qui deviendront des anciens combattants lorsqu'ils retourneront à la vie civile. Nombre de ces personnes voudront se prévaloir des avantages et des services offerts par le ministère des Anciens Combattants dans un avenir proche, soit parce qu'ils ont été blessés, soit parce qu'ils ont décidé de retourner à la vie civile. Il importe donc de prévoir quels seront les besoins des anciens combattants de demain pour ce qui est des prestations d'invalidité et des programmes et services de soins de santé offerts par le ministère des Anciens Combattants alors que ces programmes et services devront continuer de répondre aux besoins d'une population vieillissante d'anciens combattants ayant servi ou non en temps de guerre. Par conséquent, dans le contexte de son étude de l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants, le Comité s'est aussi penché sur les questions qui concernent davantage les Forces canadiennes et le ministère de la Défense nationale que le ministère des Anciens Combattants. Il y a toutefois des situations, notamment lors de la transition d'un membre des Forces à la condition d'ancien combattant, où le membre doit traiter avec les deux ministères. Par ailleurs, le Comité a déjà examiné des questions qui concernent les deux ministères dans son rapport sur les blessures psychologiques liées au stress opérationnel, dont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), déposé en juin 2007, et il a voulu continuer le suivi de certains problèmes relevés dans le rapport précédent.

Par conséquent, durant la première moitié de 2008, le Comité a visité des bases des Forces canadiennes pour se familiariser avec les programmes de soutien offerts aux membres des Forces canadiennes et à leur famille. Il a notamment visité des bases des forces aériennes (Comox en Colombie-Britannique, Cold Lake en Alberta, Shearwater en Nouvelle-Écosse et Goose Bay à Terre-Neuve-et-Labrador) en février 2008, et les bases des forces terrestres de Petawawa en Ontario et de Valcartier au Québec, en avril. Le Comité a grandement apprécié les séances d'information offertes par le personnel militaire et les représentants des centres de ressources des familles militaires (CRFM), du réseau

physique ou à leur procurer une pension. Il s'agit aussi de les aider à bien vieillir là où ils vivent¹⁹. » Aider les gens à bien vieillir, c'est une chose, mais leur donner accès autant que possible aux programmes et aux services dont ils ont besoin là où ils vivent, c'est difficile lorsqu'ils vivent loin des grandes villes. Selon le D^e Keating, il est reconnu que, dans la population générale, les gens âgés de santé fragile qui vivent dans les régions rurales du Canada se retrouvent dans des résidences à un âge moins avancé que les gens âgés des grandes villes²⁰. Entrer plus tôt dans une résidence a des répercussions sur les coûts de santé, mais cela peut aussi influencer grandement sur la qualité de vie des personnes. Bien des anciens combattants préfèrent retarder leur déménagement dans un centre de soins de longue durée car une telle transition peut avoir un effet déprimant. Pour qui vit en milieu rural, les problèmes associés à une telle transition sont exacerbés par l'arrivée dans un environnement inconnu, celui d'une grande ville, là où se trouvent la plupart des centres de soins de longue durée pour anciens combattants, souvent très loin de la collectivité rurale qu'ils ont connue presque toute leur vie, et très loin de leur famille et de leurs amis. Au cours de l'étude, le Comité a entendu parler d'anciens combattants de régions rurales qui ont été très réticents à déménager dans un établissement de santé d'une grande ville ou ont refusé d'y déménager malgré les risques que cela posait pour leur santé.

Il est à espérer qu'il se fera plus de recherche sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé des personnes qui vivent loin des grands centres urbains, dont les anciens combattants âgés et moins âgés. M^{me} Gloria Gutman, professeure émérite, a souligné les nombreuses possibilités qu'offrent les nouvelles technologies pour renseigner les personnes des régions éloignées sur les services de santé, mais elle a indiqué qu'il reste beaucoup à faire pour rendre le système accessible à presque tous, à un prix abordable. Entre-temps, il faudra redoubler d'efforts pour atteindre par des moyens traditionnels les anciens combattants des petites localités et des régions isolées afin de les aider à obtenir les soins et le soutien dont ils ont besoin. Les filiales régionales de la Légion royale canadienne et d'autres groupes d'anciens combattants peuvent servir de points d'information où les anciens combattants de l'extérieur des grandes villes peuvent se renseigner sur les ressources locales accessibles dans leur région. Les filiales de la Légion et les autres groupes d'anciens combattants jouent déjà un rôle dans la promotion de l'autonomie et de la dignité des aînés, y compris les anciens combattants. Leurs ressources sont toutefois limitées, et leur présence dans les petites localités et les régions rurales est inégale d'une région à l'autre du pays. Pour atteindre les anciens combattants, surtout ceux qui vivent à l'extérieur des grandes villes, le ministère des Anciens Combattants devrait explorer de nouvelles avenues de collaboration avec la Légion et les autres groupes d'anciens combattants pour l'aider à atteindre ses objectifs.

La sensibilisation accrue aux programmes et services destinés aux anciens combattants, et l'accès à ceux-ci et aux programmes et services de santé dans les petites collectivités et dans les régions rurales, préoccupent non seulement les anciens

19 *Témoignages*, 10 mai 2007, p. 1.

20 *Ibid.*, p. 3.

un problème que vit un ancien combattant en quête de soins dont il a besoin, mais il le fait essentiellement si le problème est porté à son attention¹⁷. Toutefois, le Ministère doit, selon le Conseil, être plus proactif et « promouvoir la santé, le mieux-être et l'autonomie de tous les anciens combattants qui avancent en âge ». Il devrait aussi porter notamment attention aux problèmes particuliers de santé des anciens combattants autochtones dans le cadre de ses programmes de promotion de la santé. Il devrait également atteindre tous les anciens combattants qui ont servi en temps de guerre et qui ont besoin d'aide, et non seulement ceux qui sont déjà ses clients. Il serait aussi utile de lui rappeler que les jeunes ex-membres des Forces canadiennes vieillissent également et profiteront tôt ou tard d'une approche plus proactive du Ministère en matière de promotion de la santé, du mieux-être et de l'autonomie.

Dans les témoignages entendus par le Comité, deux thèmes récurrents font ressortir un même point : le Ministère doit atteindre tous les anciens combattants qui ont besoin de services, et non seulement ceux qui sont déjà bénéficiaires de ses programmes. Le premier thème est la méconnaissance par certains anciens combattants de l'ensemble des services et des avantages auxquels ils ont droit, malgré les efforts déployés au cours des ans pour les informer. Dans son témoignage, M. Griffiths cite le cas d'un ancien combattant de 71 ans, à la santé fragile, qui ne connaissait pas les avantages auxquels il avait droit. M^{me} Clara Fitzgerald, directrice du programme Canadian Centre for Activity and Aging, a souligné un autre cas, celui d'un ancien combattant qu'elle a aidé et qui ne savait pas que le PAAAC dispose de fonds pour des services de promotion de la santé. Elle a aussi parlé de trois anciens combattants qui, selon ses propres mots, « ne savaient pas ce qu'ils ne savaient pas » concernant les programmes et les avantages qui leur étaient offerts¹⁸. Le Ministère a multiplié les efforts au cours des ans pour informer les anciens combattants au sujet des programmes et services qui leur sont offerts, mais il reste de toute évidence beaucoup à faire. Ces efforts ne devraient pas cibler uniquement les anciens combattants puisqu'il y a des psychologues, les ergothérapeutes et les autres professionnels qui produisent des soins aux anciens combattants doivent connaître les programmes et les services offerts pour pouvoir aider leurs patients du mieux possible. En effet, les familles des anciens combattants, surtout les plus âgées, doivent aussi être mieux renseignées sur les programmes et les services offerts. Dans ses efforts pour atteindre tous les anciens combattants et leur famille dans les régions éloignées, le Ministère devrait aussi notamment porter attention aux besoins des anciens combattants autochtones.

En fait, le deuxième thème récurrent a trait à l'accès aux programmes et aux services destinés à tous les anciens combattants des petites collectivités et des régions rurales éloignées des grandes villes. Le D^{re} Norah Keating, membre du Conseil consultatif et spécialiste en soins de longue durée et en santé mentale, a dit au Comité : « Aider les gens quand ils sont plus âgés ne s'arrête pas à tenir compte de leurs faiblesses sur le plan

17 *Témoignages*, 13 décembre 2007.
18 *Témoignages*, 29 janvier 2008, p. 4.

Etant donné le vieillissement de la population au Canada, plusieurs s'inquiètent du coût des services de soutien à domicile offerts soit aux anciens combattants soit aux autres Canadiens âgés. Or, les modèles novateurs de prestation des services, tel un soutien à domicile plus appuyé, devraient être considérés comme des services préventifs. Par exemple, M^{me} Gloria Gutman, professeur émérite au Département de gérontologie de l'Université Simon Fraser, a dit devant le Comité: « Je soutiens que nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas faire de prévention parce que si les gens ont besoin de ces services et ne peuvent pas les obtenir, ils finiront par accaparer des services beaucoup plus coûteux de manière prématurée¹⁴. » La prévention des chutes est un autre exemple de mesures qui peuvent aider les personnes âgées à échapper éventuellement aux soins plus coûteux tout en maintenant sa qualité de vie. La prévention des chutes aide les personnes à éviter les longs séjours à l'hôpital et les programmes de rééducation, ainsi que la perte de mobilité pouvant résulter de blessures telle une fracture de la hanche. Les Anciens Combattants en collaboration avec le ministère de la Santé entre 2000 et 2004, ont profité à tous les Canadiens âgés, et non seulement aux anciens combattants. Ils ont permis de déterminer, entre autres choses, ce qu'une personne âgée et fragile peut faire pour éviter les chutes ou obtenir de l'aide, p. ex. en ayant recours à des appareils fonctionnels, afin de composer avec les conséquences d'une chute dont elle aurait été victime¹⁵.

La valeur de la prévention a aussi été reconnue par les responsables fédéraux et provinciaux de la santé, notamment en ce qui a trait à la promotion de la santé auprès de tous les Canadiens âgés. M. Claude Rocan, directeur général du Centre de promotion de la santé à l'Agence de santé publique du Canada, a indiqué qu'il est possible d'éviter jusqu'à 70 p. 100 des cancers, 90 p. 100 des diabètes de type 2 et 50 à 70 p. 100 des ACV. Inciter les aînés à mener une vie active et saine peut les aider à éviter bien des maladies et à retarder, si ce n'est prévenir, un placement dans un établissement de soins de longue durée. Comme l'affirmait M. Rocan, « l'introduction d'une activité physique régulière à un âge avancé a pour effet de prolonger les années de vie et le nombre d'années de vie autonome, tout en améliorant la qualité de vie [des aînés]¹⁶ ». En mettant l'accent sur la promotion de la santé dans son rapport, le Conseil s'inspire de la démarche adoptée par les administrations des soins de santé face au vieillissement de la population canadienne, mais il suggère aussi que, pour aller dans ce sens, le ministère des Anciens Combattants doit répondre d'une manière plus proactive que réactive aux besoins de santé des anciens combattants. Comme le faisait remarquer notamment Ronald Griffiths, président national de l'Association canadienne des vétérans des Forces de la paix pour les Nations Unies, le Ministère a souvent fait la preuve qu'il pouvait réagir rapidement et régler

14 Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, *Témoignages*, 4 mars 2008, p. 4 (version pdf). Dans le reste du présent rapport, les renvois à des témoignages sont indiqués par le terme « Témoignages ».

15 Pour plus d'information sur l'Initiative de prévention des chutes, voir le site Web du ministère des Anciens Combattants à <http://www.vac-acc.gc.ca/general/f/sub.cfm?source=health>.

16 *Témoignages*, 31 janvier 2008.

¹² ». La nouvelle Charte des anciens combattants a transformé l'accès des jeunes ex-membres des Forces canadiennes aux programmes de réadaptation et aux autres programmes. Autrement, on ne pouvait pas faire grand-chose pour aider un ancien combattant blessé qui venait de quitter l'armée tant que son admissibilité à des prestations d'invalidité n'était pas établie. Maintenant, avec la nouvelle Charte, il est possible d'offrir des services avant même que le traitement de la demande de prestations d'invalidité ait abouti. Il faudra envisager une approche analogue à l'égard des besoins en soins de santé des ex-membres des Forces armées comme ceux qui ont servi en Afghanistan et y ont été blessés, y compris les victimes de blessures psychologiques liées au stress opérationnel, par exemple les personnes qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

En dernière analyse, avant de modifier les services de santé destinés aux ex-membres des Forces canadiennes, il faudra d'abord réussir, et vite, le réaménagement du système de soins de santé destiné aux anciens combattants. Dans son rapport, le Conseil consultatif de gérontologie presse le Ministère d'agir sans délai. Il ajoute : « Comme tous les Canadiens âgés, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre doivent composer avec les effets du vieillissement. Contrairement à leurs concitoyens, ils doivent toutefois en outre composer avec les répercussions à long terme du service militaire sur leur santé. Nous ne disposons que d'un temps limité pour faire une différence dans leur qualité de vie¹³ », ce qui lui fait dire aussi : « Le temps d'honorer notre parole est venu ». Le Comité convient avec le Conseil qu'il n'y a pas de temps à perdre. Il estime aussi que la meilleure manière de faire en sorte que l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants aboutisse aux programmes et services de santé que méritent tous les anciens combattants consiste à mettre en œuvre rapidement les changements que propose le Conseil dans son rapport de novembre 2006.

Le Comité est d'accord avec la feuille de route établie par le Conseil consultatif de gérontologie parce que les recommandations de ce dernier ont, en général, été bien accueillies par les experts en santé et les représentants de groupes d'anciens combattants qui ont comparu comme témoins. Ainsi, les représentants du Canadian Centre for Activity and Aging, de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) et de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) ont salué le fait que le Conseil met l'accent sur une prestation des services fondée sur les besoins réels plutôt que sur le statut d'ancien combattant. Un appui important a aussi été manifesté, notamment par l'INCA, pour ce qui est du rôle du gestionnaire des soins aux cas lourds au sein de l'équipe interdisciplinaire, un élément important de l'approche des SIAC recommandée par le Conseil dans son rapport. De plus, tout en reconnaissant l'importance de premier plan du PAAC dans la prestation des soins à domicile aux anciens combattants, de nombreux témoins ont salué les modèles novateurs de prestations des services proposés par le Conseil, notamment pour offrir un soutien à domicile plus appuyé.

12 Parole d'honneur, p. 2.

13 *Ibid.*

combattants. À l'instar de l'examen des services de santé mené par le Ministère, le rapport du CCG est axé essentiellement sur les besoins en soins de santé des anciens combattants âgés qui ont fait la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée.

Le rapport de novembre 2006 du CCG, *Parole d'honneur — L'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, fait ressortir les points forts et les points faibles des programmes de santé du Ministère et recommande de nouvelles mesures. Parmi les points forts, il signale l'offre de services qui aident les anciens combattants à préserver leur autonomie (dont le Programme pour l'autonomie des anciens combattants est le meilleur exemple), la capacité du Ministère d'adapter ses programmes aux besoins et aux préférences des anciens combattants à mesure qu'ils évoluent et les relations personnelles qui s'établissent entre les anciens combattants et les conseillers de secteur du Ministère. Les points faibles comprennent la complexité des conditions d'admissibilité aux programmes de santé du Ministère; le caractère plutôt réactif que proactif des programmes (ils sont offerts seulement après que l'ancien combattant a déjà perdu une partie de ses capacités fonctionnelles); la gamme trop limitée de solutions en matière de logement (certains anciens combattants sont forcés de vivre dans un établissement de soins de longue durée quand un autre type d'établissement serait préférable); et le manque de services pour aider les anciens combattants à rester en bonne santé, à s'y retrouver dans les services de santé et les services sociaux et à obtenir les services dont ils ont besoin.

Le CCG recommande dans son rapport une nouvelle approche « audacieuse » en matière de programmes et de services de santé : les Services intégrés aux anciens combattants (SIAC), lesquels combindraient les trois programmes courants (le programme de prestations de santé, le PAAC et les programmes de soins à domicile). La démarche que propose le CCG est conçue pour répondre aux besoins des anciens combattants, mais pourrait selon lui servir de modèle pour répondre aux besoins de tous les ex-militaires âgés, sinon de tous les Canadiens âgés. La nouvelle approche serait plus complète, plus souple et plus adaptable que les programmes courants du Ministère; elle rejoindrait davantage d'anciens combattants et de familles d'anciens combattants; elle améliorerait la santé et le bien-être des anciens combattants; et enfin, donnerait à ceux-ci accès à des services de santé et des services sociaux mieux adaptés, quand ils en ont besoin.

Tous les anciens combattants et leurs familles auraient droit aux SIAC, mais les services seraient axés sur les besoins et non sur la condition d'ancien combattant. Le programme des SIAC présente plusieurs caractéristiques : guichet unique d'accès à tous les services du Ministère; examen préalable et évaluation pour déterminer les besoins des anciens combattants et de leur famille; équipe ministérielle pluridisciplinaire; modèles novateurs de prestation de services prévoyant notamment un soutien à domicile; possibilité de réaffecter les ressources; et sensibilisation des anciens combattants par l'intermédiaire des associations d'anciens combattants. Si le rapport du CCG met l'accent sur les besoins des anciens combattants, on précise que la nouvelle démarche proposée établit aussi « un modèle de prestation de soins pour tous les anciens combattants actuels et futurs des

Si le nombre des bénéficiaires du PAAC est relativement faible, c'est que l'admissibilité au Programme est assez difficile à établir. En effet, pour être admissibles au Programme, les anciens combattants doivent appartenir à au moins une catégorie de personnes parmi une demi-douzaine¹⁰. Il existe donc toutes sortes de cas de figure où un conjoint ou un dispensateur de soins d'un ancien combattant décédé n'avait pas droit au bénéfice du PAAC : l'ancien combattant en question n'a jamais reçu de prestations du PAAC; il n'y était pas admissible; il ne touchait pas de pension d'invalidité et n'était pas autrement admissible au Programme; il est décédé avant la création du PAAC ou avant de toucher des prestations après que sa demande a été approuvée. Cette série de possibilités atteste la complexité des conditions d'admissibilité, et le processus de demande de prestations du PAAC est tout aussi compliqué. Certains ont exprimé des préoccupations concernant la détermination de l'admissibilité aux prestations du PAAC en fonction des niveaux de revenu et les formulaires détaillés qu'il faut remplir pour demander des prestations du PAAC et d'autres prestations pour anciens combattants, ce qui peut être une tâche particulièrement ardue pour les anciens combattants âgés. Il y a plus inquiétant encore, aux yeux du Comité. En effet, des représentants du gouvernement et des groupes d'anciens combattants ont dit au Comité que les conditions d'admissibilité au PAAC sont si complexes que même les fonctionnaires du Ministère ont parfois du mal à établir la situation de certaines personnes — anciens combattants ou dispensateurs de soins — vis-à-vis du PAAC¹¹. En outre, puisque l'admissibilité au PAAC est subordonnée à l'admissibilité à des prestations d'invalidité, de nombreux anciens combattants qui ont besoin de services à domicile n'y ont pas droit parce qu'ils ne touchent pas de prestations d'invalidité.

RAPPORT DU CONSEIL CONSULTATIF DE GÉRONTOLOGIE

L'Examen des services de santé pour anciens combattants effectué par le Ministère a été motivé en partie par la complexité des conditions d'admissibilité aux prestations d'invalidité pour anciens combattants en général et au PAAC en particulier. Les personnes chargées de cet examen ont bénéficié de l'aide du Conseil consultatif de gériatrie (CCG), composé de quinze éminents spécialistes des soins de santé, du vieillissement, des anciens combattants et de questions connexes, qui conseille le Ministère depuis de nombreuses années sur les nouvelles tendances en matière de soins de santé. Le Conseil compte aussi parmi ses membres les représentants de certaines organisations d'anciens

10 Par exemple, une des catégories est celle des « clients qui reçoivent des prestations d'invalidité qui souffrent de nombreuses affections médicales [...] lorsque ces affections ajoutées à leur affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'ACC les mettent à risque ». Voir Canada, ministère des Anciens Combattants, *Guide d'accès aux avantages de santé d'ACC et au Programme pour l'autonomie des anciens combattants*, avril 2006.

11 Par exemple, à la réunion du 8 mai 2007, Darragh Mogan, directeur exécutif du Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes, ministère des Anciens Combattants, a déclaré : « Nous avons un système d'admissibilité extrêmement complexe. Après 60 ans de replâtrages, il est très difficile de l'appliquer, même pour notre propre personnel. » Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, *Témoignages*, 8 mai 2007, p. 6 (version PDF).

être admissibles aux prestations du PAAC. Cependant, même si un plus grand nombre d'aïdants auront droit aux prestations, il reste que ces dernières sont limitées aux services d'entretien ménager et d'entretien de terrain⁶. Il faut en outre que l'aïdant en ait besoin pour des raisons de santé ou pour continuer de vivre de manière autonome dans sa demeure.

C. L'admissibilité au PAAC : une question complexe

En général, tout ancien combattant qui touche des prestations d'invalidité du ministère des Anciens Combattants a droit aux avantages du PAAC et son conjoint ou son principal dispensateur de soins a droit à ces avantages⁷. Cependant, seulement 92 000 anciens combattants sur quelque 234 000 (soit 40 p. 100 environ) recevaient des prestations d'invalidité ou d'autres prestations du ministère des Anciens Combattants en 2006. En 2005-2006, 97 568 anciens combattants et survivants ont touché des prestations du PAAC, soit au-delà de 20 000 de plus qu'en 2003-2004. Parmi les 69 786 anciens combattants qui touchaient des prestations du PAAC en 2004-2005, 61 977 ont servi en temps de guerre⁸. Beaucoup d'anciens combattants bénéficient de plus d'un programme du Ministère; ainsi, un bon nombre des bénéficiaires du PAAC reçoivent également des prestations de traitement. Globalement, 101 267 anciens combattants et principaux dispensateurs de services se prévalaient du PAAC à la fin de mars 2007, mais ce nombre comprend les ex-militaires et les autres vétérans, en sus des dispensateurs de soins et des anciens combattants⁹. Il ne représente par ailleurs qu'une partie seulement du nombre total des clients du Ministère.

6 Si l'ancien combattant bénéficiait d'un seul de ces deux services, son principal dispensateur de soins n'aura droit qu'à ce service-là à vie. Voir la brochure du ministère des Anciens Combattants intitulée Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

7 Il y a des exceptions à cette règle. Par exemple, un ancien combattant ayant servi outre-mer qui ne touche pas de pension d'invalidité mais qui reste chez lui en attente d'un lit d'accès prioritaire dans un établissement de soins de longue durée peut bénéficier du PAAC. Pour plus de renseignements sur l'admissibilité des anciens combattants au PAAC, voir ministère des Anciens Combattants, Programme pour l'autonomie des anciens combattants (http://www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=services/vip).

8 L'information sur le nombre d'anciens combattants et de survivants ou de dispensateurs de soins qui ont touché des prestations du PAAC entre 2003-2004 et 2007-2008 provient du ministère des Anciens Combattants. Selon la Partie III - Rapport sur les plans et les priorités du Budget des dépenses 2008-2009 PAAC en 2008-2009. Environ 55 p. 100 d'entre eux seront des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, tandis que 16 p. 100 seront des survivants ou des dispensateurs de soins.

9 Voir les informations sur le PAAC au Canada, Budget des dépenses, Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2007, Anciens Combattants.

Les associations d'anciens combattants et les autres groupes qui réclamaient de tels changements depuis de nombreuses années ont bien accueilli les nouvelles dispositions, mais ont exigé que le bénéfice des prestations à vie soit étendu à davantage de veuves (ou principaux dispensateurs de soins). Le 10 octobre 2003, le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants de la Chambre des communes a déposé à la Chambre un rapport dans lequel il signalait l'adoption d'une motion demandant que tous les conjoints admissibles d'anciens combattants jouissent du bénéfice à vie de ces prestations et pas seulement les conjoints survivants d'anciens combattants décédés après le mois de mai 2003. La Chambre des communes a adopté le rapport le 29 octobre 2003. Etant donné l'intérêt que la population porte à la question, le gouvernement a décidé d'élargir l'admissibilité au bénéfice à vie des prestations du PAAC et, le 6 novembre 2003, le ministre des Anciens Combattants annonçait que les principaux dispensateurs de soins d'anciens combattants décédés après le 1^{er} septembre 1990 auraient désormais droit aux prestations à vie.

Cette mesure-là aussi a été bien accueillie, mais les associations d'anciens combattants et d'autres groupes ont demandé pourquoi les conjoints survivants des anciens combattants décédés avant le 1^{er} septembre 1990 n'avaient pas droit au même traitement. Or, le 7 décembre 2004, le ministre des Anciens Combattants annonçait que les conjoints ou principaux dispensateurs de soins des anciens combattants décédés après le 7 avril 1981 (qui bénéficiaient du PAAC au moment de leur décès ou de leur admission dans un établissement de soins de longue durée) seraient désormais admissibles à vie aux prestations du Programme. Avec cette annonce et les modifications apportées au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* en février 2005, 4 000 personnes de plus sont devenues admissibles au bénéfice à vie du PAAC. La première révision des conditions d'admissibilité avait ajouté quelque 10 000 bénéficiaires à vie et la seconde, 20 000 de plus⁵.

Si l'on a choisi avril 1981 comme date butoir déterminante de l'admissibilité, c'est que c'est la date de la création du PAAC. Jusqu'à tout récemment, seuls les conjoints (ou principaux dispensateurs de soins) d'anciens combattants qui (1) sont décédés après avril 1981 et qui (2) bénéficiaient des prestations du PAAC au moment de leur décès (ou avant leur admission dans un établissement de soins de longue durée) avaient droit à vie au bénéfice du PAAC. Or, le 26 février 2008, le ministre des Finances a annoncé dans le Budget fédéral 2008 que les prestations du PAAC seront dorénavant versées au conjoint survivant ou au principal dispensateur de soins de l'ancien combattant qui était admissible à ces prestations, mais ne les touchait pas encore au moment de son décès. Cependant, pour être admissible à ces prestations, le survivant doit, entre autres, toucher le Supplément de revenu garanti versé en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* ou avoir droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées. Grâce à ces nouvelles conditions, jusqu'à 12 000 autres conjoints survivants et dispensateurs de soins pourraient

dispensés par des personnes autres que des infirmières ou des spécialistes des soins de santé⁴. En d'autres mots, une grande partie des soins fournis à domicile n'ajoute pas au fardeau du système de soins de santé. Certains traitements à domicile doivent être assurés par des spécialistes de la santé, mais les autres services peuvent être fournis par d'autres spécialistes. En 2001, le succès du projet pilote a causé l'accroissement du volet soins à domicile du PAAC à l'échelle du Canada. Le Projet de recherche sur les soins continus que réalise actuellement le Ministère servira à établir la meilleure palette de soins à domicile.

Cependant, malgré le succès du projet pilote et du projet de recherche, les soins à domicile ne peuvent pas remplacer complètement les soins fournis dans les établissements de soins de longue durée. Beaucoup d'anciens combattants, dont l'état de santé se dégrade, auront très probablement besoin, à un moment ou à un autre, de soins qu'il faut dispenser dans un établissement de soins de longue durée plutôt qu'à la maison. De plus, certains anciens combattants souffrant d'une déficience cognitive, comme la démence, nécessitent des soins en établissement spécialisé comme ceux offerts actuellement dans les grands centres de soins de santé pour anciens combattants. Les soins à domicile comportent des avantages sur le plan tant du bien-être des anciens combattants que de la réduction des coûts des soins, mais ils ne peuvent pas pour autant remplacer complètement les centres de soins de santé pour anciens combattants ni les lits qui leur sont réservés dans les établissements de soins communautaires. Il est donc capital de donner au système suffisamment de souplesse pour que les anciens combattants puissent obtenir des soins à domicile et conserver leur autonomie aussi longtemps que possible et quand même avoir accès aux établissements de soins de longue durée plus coûteux quand cela devient absolument nécessaire.

B. Prestations du PAAC destinées aux veuves et aux dispensateurs de soins

Le PAAC a subi une autre transformation importante quand il a été décidé d'accorder le bénéfice des prestations à vie, et non plus pendant seulement un an, aux conjoints ou principaux dispensateurs de soins des anciens combattants qui bénéficiaient de ces prestations au moment de leur décès. La première annonce à ce sujet a été faite le 12 mai 2003, quand le ministre des Anciens Combattants a annoncé une série de mesures concernant les anciens combattants. C'est à ce moment-là qu'on a accordé au principal dispensateur de soins (en général le conjoint) d'un ancien combattant décédé après mai 2003 le bénéfice à vie des prestations du PAAC. Le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* a été modifié en conséquence (conditions d'admissibilité et détails connexes) par décret en juin 2003.

de longue durée, et qui devront donc sans doute s'éloigner de leur famille et de leur collectivité. Un déménagement a aussi des répercussions sur les membres de la famille qui doivent alors se déplacer, parfois sur de grandes distances, pour se rendre dans ces centres visiter leurs proches. Bref, le fait de retarder l'admission d'un ancien combattant dans un centre de soins de santé est bénéfique tant pour lui que pour sa famille.

Les services d'entretien du terrain, dont la tonte de gazon et le déneigement, figurent parmi les éléments les plus connus du PAAAC. Pour les personnes âgées, l'accès à ces services a l'avantage de les aider à s'occuper de leur maison malgré leur fragilité, tout en leur évitant les difficultés et les risques liés à l'exécution de telles tâches. Cependant, le Programme offre beaucoup plus puisqu'il a énormément évolué au cours des années. Il comprend non seulement des services d'entretien du terrain, mais aussi des services de soins personnels et d'entretien ménager, l'accès à des services de nutrition, de santé et de diagnostic, l'adaptation de la résidence (comme l'aménagement d'une rampe d'accès pour fauteuil roulant), des soins infirmiers à domicile, des services de transport et l'accès à un large éventail de prestations de traitement. Le Ministère peut aider les anciens combattants ou leurs dispensateurs de soins admissibles à choisir les fournisseurs de services dont ils ont besoin, mais les clients du PAAAC peuvent choisir eux-mêmes leurs fournisseurs de soins dans certaines catégories, ce qui les aide à conserver leur autonomie dans la gestion de leurs affaires.

L'évolution du PAAAC sous sa forme actuelle a été grandement marquée par le Projet pilote de 1999 de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer. Pour les besoins du projet pilote, des services de soins à domicile, comme des soins personnels et l'entretien ménager ainsi que des prestations de traitements, étaient fournis aux anciens combattants inscrits au PAAAC qui attendaient un lit dans un des centres de soins de longue durée à Halifax (Nouvelle-Écosse), à Ottawa (Ontario) et à Victoria (Colombie-Britannique). En 1999, en effet, les anciens combattants de certaines collectivités du Canada devaient attendre longtemps avant d'obtenir une place dans un centre de soins de longue durée, créant une situation plutôt alarmante, car lorsqu'un ancien combattant fait une demande d'admission dans un centre, le besoin est souvent pressant et toute attente est inquiétante pour lui et pour sa famille. Le projet pilote prévoyait des soins à domicile en attendant qu'une place se libère dans un centre, ce qui soulageait tant les anciens combattants que leur famille. Dans certains cas, les anciens combattants étaient si satisfaits des soins reçus à la maison qu'ils préféraient y rester, avec l'aide des services fournis par le PAAAC, même quand une place se libérait au centre. Par ailleurs, le projet pilote a permis en même temps de montrer que les soins fournis à domicile étaient beaucoup moins coûteux que les soins dispensés dans un établissement de soins de longue durée, et qu'ils étaient accueillis très favorablement par les anciens combattants.

Comme l'ont souligné des porte-parole du ministère des Anciens Combattants et des spécialistes des soins de santé qui connaissent le Programme, la plupart des services de soins à domicile offerts fournissent du soutien et peuvent, dans de nombreux cas, être

1944, de répondre aux besoins en services de santé de ses clients ayant servi en temps de guerre, a toujours cours, mais les besoins ont changé avec le vieillissement des anciens combattants, et il faut actualiser les services de santé afin d'offrir les services les plus efficaces et opportuns possibles³.

Tenant compte de ces engagements, le Comité permanent des anciens combattants a poursuivi, au cours de la deuxième session de la 39^e législature, l'étude entreprise à la session précédente, soit l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAc) du Ministère constitue inévitablement un composant essentiel de toute réorganisation des services de santé fournis aux anciens combattants. Par conséquent, le Comité l'a examiné pour déterminer la valeur et la place qu'il occupe dans un éventail de programmes et de services qu'offre le Ministère, en plus d'étudier les répercussions de l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants. Le PAAc est aussi une composante essentielle des changements proposés par le Conseil canadien de gérontologie — qui conseille le ministère des Anciens Combattants sur les questions de santé — afin de réaménager le système actuel. Le but du présent rapport est de recommander au Ministère d'apporter au PAAc les changements proposés afin de lui permettre de mieux servir les anciens combattants et leurs familles.

PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS

A. Un modèle axé sur les soins à domicile

Pour comprendre pourquoi il est nécessaire d'effectuer une réorganisation, il faut examiner l'évolution du Programme et voir dans quelles mesures il peut améliorer les soins de santé pour les anciens combattants. Le PAAc, appelé auparavant le Programme pour anciens combattants avançant en âge, a été créé en 1981 et, comme le laisse entendre son nom, son principal objectif est d'aider à assurer l'autonomie des anciens combattants vieillissants, afin qu'ils puissent vivre à la maison aussi longtemps qu'ils le voudront et d'empêcher, ou du moins de retarder, le moment où ils devront aller habiter dans des centres de soins de longue durée. On veut certes éviter les coûts qu'engendrent les soins en établissement. Cependant, on veut surtout assurer l'autonomie des anciens combattants vieillissants, car si l'on retarde leur entrée dans un centre, ils pourront rester plus longtemps à la maison et éviter les perturbations de la vie familiale et les difficultés d'adaptation qu'entraîne souvent la vie dans un établissement de santé. La situation est particulièrement difficile pour les anciens combattants qui vivent dans un village ou en région rurale, à l'extérieur des grandes villes où sont situés la plupart des centres de soins

3 Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, Soutien pour les anciens combattants et les autres victimes du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres traumatismes liés au stress opérationnel, juin 2007, p. 1.

RELEVER LA BARRE PLUS HAUT — LES SOINS DE SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS : LE PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS ET L'EXAMEN DES SOINS DE SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS

INTRODUCTION

Le moment est venu de relever plus haut la barre en matière de soins de santé pour les anciens combattants. On peut réaménager les programmes et les services de soins de santé que fournit le ministère des Anciens Combattants à ses clients survivants ayant servi en temps de guerre et augmenter le nombre d'anciens combattants admissibles à ces soins. Ce réaménagement ouvrira la porte à l'amélioration des soins de santé offerts aux jeunes ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi lors d'opérations de maintien de la paix ou d'autres, surtout ceux aux prises avec des blessures psychologiques. Divers rapports parlementaires ont contribué à améliorer les soins de santé offerts aux anciens combattants. Un important rapport du sous-comité sénatorial, publié en 1999 et intitulé *Relever la barre*, a guidé le ministère des Anciens Combattants lorsqu'il a établi une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants¹. En 2003, le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants de la Chambre des communes a fait état dans un rapport des progrès marqués et des questions qui restaient à régler². Or, l'occasion se présente maintenant de relever encore plus haut la barre puisque le Ministère a entrepris l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants.

L'Examen ministériel a pour objectif de moderniser les programmes et les services de soins de longue durée que le Ministère offre aux anciens combattants canadiens qui ont servi pendant la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée. Bien que le Ministère se préoccupe de plus en plus des besoins des jeunes ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi lors de missions de maintien de la paix ou d'autres depuis les années 1950, la prestation de soins et de services aux anciens combattants, qui ont maintenant un certain âge, reste l'un de ses principaux engagements. Comme l'a signalé le Comité dans son rapport de 2007 sur les blessures psychologiques liées au stress opérationnel : « La promesse du Canada, qui figurait dans la première Charte des anciens combattants en

1 Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Sous-comité des anciens combattants*, *Relever la barre : Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants*, février 1999.

2 Canada, Chambre des communes, Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants, *Honorer notre engagement : Assurer aux anciens combattants des soins de longue durée de qualité*, juin 2003.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS	2
A. Un modèle axé sur les soins à domicile	2
B. Prestations du PAAC destinées aux veuves et aux dispensateurs de soins	4
C. L'admissibilité au PAAC : une question complexe	6
RAPPORT DU CONSEIL CONSULTATIF DE GÉRONTOLOGIE	7
LES ANCIENS COMBATTANTS DE DEMAIN, LES EX-MILITAIRES ET LEURS FAMILLES	13
CONCLUSION	22
LISTE DES RECOMMANDATIONS	23
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS, 39 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION	29
ANNEXE B : LISTE DES TÉMOINS, 39 ^e LÉGISLATURE, 1 ^{re} SESSION	33
ANNEXE C : LISTE DES MÉMOIRES, 39 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION	35
ANNEXE D : LISTE DES MÉMOIRES, 39 ^e LÉGISLATURE, 1 ^{re} SESSION	37
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	39
PROCES-VERBAUX	41

LE COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le Programme pour l'autonomie des anciens combattants et l'Examen des soins de santé des anciens combattants et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

PRÉSIDENT

Rob Anders

VICE-PRÉSIDENTS

Brent St. Denis

Peter Stoffer

MEMBRES

Ron Cannan
L'hon. Albina Guarnieri
Gilles-A. Perron
Bev Shipley
Roger Valley

John Cummins
Ken Epp
Jean-Yves Roy
Rodger Cuzner
Christian Ouellet
Lui Temelkowski

GREFFIERS DU COMITÉ

Erica Pereira

Alexandre Roger

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Michel Rossignol

**RELEVER LA BARRE PLUS HAUT – LES SOINS DE
SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS: LE
PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS
COMBATTANTS ET L'EXAMEN DES SOINS DE
SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS**

**Rapport du Comité permanent
des anciens combattants**

Le président

Rob Anders, député

Mai 2008

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

En vente : Communication Canada — Edition, Ottawa, Canada K1A 0S9

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.



39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Mai 2008

Rob Anders, député

Le président

**Rapport du Comité permanent
des anciens combattants**

**RELEVER LA BARRE PLUS HAUT – LES SOINS DE
SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS: LE
PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS
COMBATTANTS ET L'EXAMEN DES SOINS DE
SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS**

**CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA**

